Anul IV. No. 1—2. 10 Lei Exemplarul. Ianuar.—Februar. 1937.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină și organizare sanitară

Comitetul de direcție: Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiția I.
Secretar de redacție: Dr. Matinca I.

Comitetul de redacție: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Albini, Sebeș; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Crețu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman și Doc. Dr. Câmpeanu, Brașov; Dr. Cornea, Făgăraș; Dr. Cahane și Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighișoara; Dr. Ghițescu, Sibiu; Dr. Giurca, Făgăraș; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ilcușu, Dr. Ionașiu, Dr. Manta, Dr. Mavru și Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Mureșan, Mediaș; Dr. Nistor, Brașov; Dr. Onaca, Sighișoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roșca, Dr. Slavu și Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ștefan, Brașov; Dr. Solomon, Sighișoara; Dr. Sireteanu, Mediaș; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Vilt, Sibiu.

Prețul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacția-Administrația:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10

SUMAR:

Articole științifice:

Prof. Dr. S. Graçosky: Infecțiunile căilor urinare la copii și mai ales în prima copilărie (0—2 ani) . . . . . Pag. 3

Docent Dr. Liviu Câmpeanu și Dr. Martin Papp: Considerațiuni asupra importanței toracoplastiei . . . . . „ 13

Dr. I. Matinca și Dr. S. Iosif: Mijloace de combatere în ileusul funcțional . . . . „ 18

Dr. T. Schultz: Considerațiuni asupra tratamentului antisifilitic . . . . . „ 24

Baca Emil: Perforațiile bazale în apendicitele acute . . . „ 34

Dr. Mircea Suciu-Sibianu: Metoda Röder și operațiunile pe amigdale . . . . . „ 37

Probleme de organizare sanitară și profesională:

Dr. I. Stoichiția: Problema specializării medicilor . . . Pag. 42

Dr. I. Cosma: Infirmeria provizorie . . . . . „ 50

Dr. I. Stoichiția și Dr. I. Cosma: Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din județul Sibiu . . . . . Pag. 55

Probleme de Ocrotire:

D-ra Silvia Mihăiței: Nursingul în combaterea bolilor infecțioase . . . . . Pag. 61

Revista cărților . . . . . „ 64

1. Jubileul de 50 ani al uzinelor „Knoll".
2. *Dr. A. Retezeanu* și *Dr. Gh. Retezeanu:* „Opoterapie".
3. *Dr. G. Retezeanu:* „Psihoterapia — Psihanaliza".
4. *Dr. Nicolae Blatt:* Cercetări și studii în oftalmologie.

Revista revistelor . . . . „ 65

Note de terapeutică . . . „ 67

Din activitatea Colegiului și Asociației Generale a Medicilor din Sibiu . . „ 70

is.: † Dr. Alexandru Măcelariu „ 71

† Dr. Aurel Ijac . . . . „ 72

Note și informațiuni . . . „ 73

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ȘI CHIMIE BIOLOGICĂ

Dr. TELEMAN & Dr. ROȘCA
SIBIU, STR. TRIBUNEI Nr. 10—12

21592

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de **primul rang**, conținând **Fe-Mn-P-și As** în **forma cea mai activă**. Prin **formarea ferului și manganului redus în statu nascendi**, adecă în starea **cea mai resorbabilă și asimilabilă**, de o **toleranță stomaco-intestinală perfectă**.

PREȚUL: 1 fl. de 250 gr. cu și fără arsen **Lei 98·—**.

Deci prezintă mijlocul suveran pentru tratarea stărilor anemice și urmările lor.

Mai e indicat: la **boale nervoase**, în **neurastenie**, în **astenie și surmenaj general**, în **covalescență**, în **tbc. generală și pulmonară**, în **diatezele exudative**, în **rachitism**, în **boalele tubului digestiv și ale nutriției**, în **eczemele cronice**.

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriță.

Desfacerea produsului:

Farmacia O. ALESI, Sebeș-Alba.

CHINOIN S.A.

Contra afecțiunilor inflamatorii ale plămânilor și bronchiilor, în toate cinci continente:

TRANSPULMIN

Chinină bazică și camfor, solvate în oleiuri eterice. Injecțiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.

„Transpulmin este o inovație așa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală". *(Prof. G. von Bergmann).*

Cutii orig. conținând 10 fiole à 1 cmc., 5 sau 10 fiole à 2 cmc. și flac. orig. de 15 cmc.

REPREZENTANȚA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREȘTI-I-STR-SFT-CONSTANTIN-4

Anul IV. Nr. 1—2. 10 Lei Exemplarul. Ianuarie—Februarie 1937

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

In tuse, tusă convulsivă, gripă şi gripă-pneumonie
(Sirop de Ephetonină)

Sirop de Ephetonină
Merck
contra tusei
Flacon orig. cu aprox. 100 şi 170 g.
E. MERCK-Darmstadt
Reprezentant: **Dr. J. Binder**
Bucureşti II.
Str. Luigi Cazzavillan 34

SIBIU, 1937
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană"

Biblioteca Judeteana ASTRA
21592P
21592

In răceli, reumatism, nevralgii și dureri de tot felul

GARDAN

Specific contra gripei

Antipiretic, analgezic
și antireumatic
suveran.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9283—3-9284.

Infecţiunile căilor urinare la copii şi mai ales în prima copilărie (0—2 ani) [1])

de **Prof. Dr. S. Graçosky.**

Nu voi vorbi în cele ce urmează despre o boală nouă, necunoscută până aci. Boala e cunoscută, figurează în tratate. Noţiunea existenţei ei, însă, nu este răspândită, în deajuns, printre medici, mai ales când este vorba de copii foarte mici şi de aceea medicii trec, adeseori, pe lângă ea, fără a o recunoaşte şi deci de a o trata. Faptul acesta trebue atribuit împrejurării că infecţiunea căilor urinare nu are la copii şi mai ales în prima copilărie, o înfăţişare clinică destul de caracteristică. Foarte adesea ea are o expresiune clinică vagă şi îmbracă, alteori, un aspect care face s'o confundăm cu boli care n'au nici o legătură etiologică şi anatomică cu boala de care ne ocupăm.

De aceea ea pare a fi mult mai rară decât stă lucrul în realitate şi asupra acestui lucru vreau să atrag luarea aminte.

Infecţiunea căilor urinare la copii şi mai ales la sugari, constitue un grup de afecţiuni care de cele mai multeori *cer să fie căutate de medic.*

Pentru aceasta, însă, medicul trebue să se gândească la ele şi în faţa unui caz nelămurit să-şi amintească că se poate găsi în faţa unei asemeni afecţiuni. De oarece cum spune Huchard: nu găsim decât ceea ce căutăm şi nu căutăm decât ceea ce ştim, trebue să fim familiarizaţi cu aceste afecţiuni precum şi cu aspectul lor clinic atât de deseori nedesluşit încât este de natură a pune în mare încurcătură un spirit neprevenit, un spirit nepregătit.

Este drept că se socoteşte, în genere, că aceste afecţiuni se întâlnesc mai des în ţările anglo-saxone şi mult mai rar în cele de origină latină cum ar fi deci şi ţara noastră. In ce priveşte, însă,

---

[1]) Conferinţă ţinută cu ocazia zilelor medicale din Sibiu 15, 16, 17 şi 18 Octomvrie 1936.

țara noastră, credem că această părere nu este justificată și că foarte multe cazuri sunt trecute cu vederea și nediagnosticate.

Ca sprijin a celor ce afirm este faptul că numai în ultimii 2 ani am avut în serviciul meu de clinică și în crescătoria alipită clinicei, 36 cazuri de infecțiuni urinare și că în clientela particulară în acest interval de timp am întâlnit numeroase cazuri de infecțiuni urinare, parte din ele, este drept, îngrijite în prealabil de alți confrați dar nediagnosticate de dânșii. Nu vreau să fac o vină confraților dar profit tocmai de fapt pentru a arăta că dacă se crede că infecțiunile urinare sunt rare la copii și mai ales în prima copilărie, în țară la noi faptul se datorește că ele poate adeseori nu sunt diagnosticate.

Această trecere cu vederea din partea confraților se datorește pe de o parte faptului, cum am spus deja, că înfățișarea clinică a acestei afecțiuni este nelămurită, nedeslușită și deci de natură a rătăci diagnosticul, iar, pe de altă parte, faptului regretabil că în cele mai dese cazuri se neglijează a se examina urina micilor copii și mai cu seamă a celor sub un an, în credința răspândită și atât de nefondată că la ei cercetarea aparatului urinar nu prezintă importanța care i se acordă la adult precum si că la dânșii recoltarea urinei și mai ales recoltarea în condițiuni corecte este anevoioasă.

Impotriva acestei credințe, cari din punct de vedere practic are consecințe foarte vătămătoare pentru micii bolnavi, vreau să mă ridic și să arăt cât de nefondată este.

In adevăr aparatul urinar în prima copilărie întru nimic nu este mai ferit împotriva diferitelor cauze morbide decât la adult. Nefritele sunt foarte frequente și de bună seamă la originea nefritelor fără cauză aparentă a copiilor mai mari și a adulților trebue să stea nefritele adesea trecute cu vederea, din prima copilărie. Din statistica serviciului nostru se vede, pe de altă parte, că și infecțiunile urinare în prima copilărie sunt de asemenea frequente și socotim că adesea ele stau la originea infecțiunilor căilor urinare pe care le întâlnim mai târziu: copii mari, adolescenți, adulți.

De aceea urina unui copil, oricare i-ar fi boala de care sufere și oricare i-ar fi etatea, trebue examinată în mod sistematic. In ce privește recoltarea urinei nu recomand obiceiul de a se aduna urina într'un tampon de vată pus în dreptul meatului, mod defectuos de recoltare, mai ales când este vorba de a se face însemânțări din urină. Recoltarea trebue făcută prin sondare, prin sonde fine de cauciuc sau metal, luând precauțiunile de asepsie și antisepsie de rigoare în această împrejurare. Recoltarea astfel făcută este extrem de ușoară la fetițe, ceva, ceva mai puțin ușoară la băieți.

Odată acestea spuse voi face o mică incursiune în descrierea clinică a acestor afecțiuni, incursiune se înțelege dela sine, forțamente foarte limitată.

Aceste afecțiuni sunt denumite când *pielite* când *pielonefrite* când *pielocistite*, după concepția pe care și-o fac diferiți autori asupra sediului anatomic al inflamațiunei căilor urinare. De altfel aceste denumiri nu reprezintă decât diferite grade ale aceluiaș proces după cum el interesează unul sau mai multe etaje ale căilor urinare.

De oarece la copiii mici la cari investigațiunea căilor urinare este incomparabil mai anevoioasă ca la o etate mai mare este foarte greu de a spune dacă infecțiunea este sau nu strict limitată la cutare sau cutare porțiune a căilor urinare, găsim mai potrivit împreună cu Strauski a desemna infecțiunea urinară a copiilor sub denumirea de *Piurie* care fără a prejudeca asupra sediului anatomic al inflamațiunei ne reprezintă un simptom care traduce existența unei inflamațiuni a căilor urinare.

Cu aceste explicațiuni vom recunoaște că și la copil ca și la adult inflamațiunea debutează cu mult de cele mai multe ori prin basinet fie că, ulterior, se cantonează aci, fie că se propagă la ureter și bășică.

Aceste infecțiuni se pot întâlni la orice perioadă a copilăriei, însă ele interesează mai ales prima copilărie, pe copiii sub 2 ani. In adevăr din statistica noastră, care cuprinde peste 100 cazuri, rezultă că aproape 80% dintre copiii atinși de piurie sunt mai mici de doi ani. Etatea joacă evident un rol de factor predispozant. Deși unii autori susțin că nu există deosebire între sexe din punctul de vedere al Piuriei, vom spune că statistica noastră confirmă părerea celor cari susțin că Piuria este mai frequentă la fetițe. In adevăr această statistică arată că aproape 90% dintre bolnavii noștri de piurie erau fetițe. Evident că un procent așa de considerabil nu poate fi datorit unei simple coincidențe și de aceea credem că și sexul joacă rolul de factor predispozant. Predominența aceasta mascată a sexului feminim a făcut să se invoace o anumită patogenie a Piuriei, bazată pe considerațiuni de ordin anatomic și asupra căreia vom reveni.

Un fapt care pare dovedit și care rezultă și din observațiunile noastre este că aceste infecțiuni nu sunt *primitive* ci, în imensa majoritate a cazurilor *secudare* unei infecțiuni a cărei poartă de intrare sau sediu anatomic este altul decât cel urinar: nas, gât, pulmon, afecțiuni ale pielei, infecțiuni generale ca febră tifoidă, scarlatină și

mai ales, turburările gastro-intestinale. Toate aceste cauze pot, deci, la un moment dat să se complice de infecțiune a căilor urinare.

Un motiv mai mult ca în asemeni împrejurări să nu se neglijeze examenul urinei.

In mod excepțional ni s'a întâmplat ca în caz de piurie să nu găsim o cauză capabilă de a o provoca și să o considerăm ca primitivă.

Să vedem acum care să fie calea pe unde infecțiunea din aceste diferite sedii și puncte de plecare ajunge la aparatul urinar al copilului?

Dintre cele 3 căi admise că ar putea duce infecția la căile urinare: *calea ascendentă, limfatică* și *sanguină* cele 2 din urmă și mai ales calea sanguină sau hematogenă sunt admise fără contestație. In ce privește calea ascendentă care înainte se bucura de mai multă favoare ea este considerată astăzi ca având o importanță secundară și redusă. Se admitea că propagarea infecției pe cale ascend. explică predominența piuriei la femei. Nu avem timpul necesar pentru a arăta care sunt argumentele care pledează pentru cutare cale și stau împotriva celeilalte s'au celorlalte căi. Am spus că calea hematogenă se bucură de sufragiile cele mai multe și vom adăuga că chiar calea limfatică nu constitue de foarte multeori decât o etapă premergătoare cotropirei aparatului urinar de către microbi prin calea sanguină.

Deci infecția căilor urinare este precedată de o fază de *bacteriemie* căreia succedă *bacteriuria* și acesteia, dacă anumite condițiuni de virulență microbiană sunt îndeplinite precum și oarecari condițiuni locale, îi succede imflamația căilor urinare mai mult sau mai puțin întinsă la diferitele etaje ale acestor căi și concomitent apariția *Piuriei.*

Bacteriemia, despre care am vorbit, poate avea ca punct de plecare orice infecție cu orice sediu anatomic, dar în marea majoritate a copiilor ea are ca punct de plecare tractusul intestinal ale cărui turburări funcționale atât de frequente în prima copilărie, determină o exaltare a virulenței florei intestinale și în special a colibacilului și consecutiv trecerea microbilor în circulația sanguină: *bacteriemie* apoi *bacteriurie* și în fine *piurie.* Cari sunt microbii cari determină apariția Piuriei? Speciile de microbi aflați în cauză sunt foarte numeroase: coli, paracoli, stafilococ, streptococ, proteus pneumococul, tificul și paratificul, gonococul etc. In fruntea lor găsim însă colibacilul care, se pare, are o predilecție pentru aparatul urinar. Această predominență ar putea fi, poate, atribuită faptului că în ma-

joritatea cazurilor punctul de plecare a piuriei este tractusul gastro-intestinal. Curios însă e faptul că chiar în cazul când punctul de plecare al infecţiei e altul decât intestinul, de pildă o otită, o rinofaringită, o bronchopneumonie, agentul patogen al piuriei este tot colibacilul şi, mai mult încă, ni s'a întâmplat destul de des ca dacă la primele însemânţări ale urinei am găsit stafilococ, pneumococ sau proteus la însemânţările ulterioare să găsim tot colibacilul. In serviciul nostru am găsit coli ca agent al *Piuriei*, în peste 75% din cazuri.

In foarte multe cazuri legătura dintre infecţia primă şi cea a căilor urinare este evidentă şi se impune dela sine. Alteori această legătură scapă şi pentru a o afla trebue să cercetăm cu deamănuntul antecedentele morbide ale copilului, atât pe cele recente, cât şi pe cele mai îndepărtate. Uneori însă, această anchetă oricât ar fi de minuţioasă rămâne infructuoasă şi se pare că suntem în faţa unei infecţiuni primitive a căilor urinare.

In ceea ce priveşte înfăţişarea clinică a acestor afecţiuni vom spune dela început că ea este mult mai puţin caracteristică decât la copiii mari şi la adulţi şi dacă la aceştia din urmă găsim semne interesând aparatul urinar şi de aşa natură încât să îndrepte atenţiunea medicului în direcţia lui, la copii mici şi mai ales la sugari aceste semne sunt şterse sau lipsesc cu totul. Astfel la adulţi avem semne de preţ care se traduc prin punctele dureroase renale posterioare şi cele renale anterioare. La copii aceste puncte nu le putem găsi decât la cei mari cari îşi pot traduce şi lămuri durerea. La sugari aceste semne călăuzitoare lipsesc; de sigur fiindcă ei nu şi pot traduce şi preciza sensaţiunele.

Durerile la micţiune chiar dacă sunt resimţite de micul copil, el nu le poate traduce decât prin plânsete, ţipete, nelinişte, manifestări, cari sunt foarte greu de interpretat deoarece ele servesc pentru traducerea oricărei suferinţi fizice a micului bolnav. Totuşi când legătura între actul micţiunei şi aceste manifestări nervoase ale sugarului este evidentă, lucru care din nefericire se întâmplă rar, legătura aceasta ne poate îndrepta atenţia asupra aparatului urinar a copilaşului.

In genere şi mai totdeauna la copiii mici şi în special la sugari, aparatul urinar, deşi este în cauză, totuşi el este, ca expresie simptomatologică, *mut* şi medicul trebue să-şi ia sarcina să-l facă să vorbească.

Simptomatologia acestor infecţiuni este totuşi destul de bogată şi de variabilă dar mai cu seamă deconcertantă pentru medicul

care nu e familiarizat cu ea şi nu ştie să recunoască sub dânsa *Piuria.*

In adevăr simptomele pe care le întâlnim deşi numeroase sunt de aşa natură încât în loc să atragă atenţia asupra aparatului urinar din contră o îndepărtează dela dânsul îndreptând-o în cu totul altă direcţie, fie către tubul digestiv, fie către pulmoni sau sistemul nervos; alteori simptomatologia este foarte redusă şi se limitează la o stare febrilă fără localizare, aşa fel că diagnosticul poate rătăci cu cea mai mare uşurinţă.

Din unele observaţiuni reţesă foarte limpede afirmaţiunea că simptomatologia piuriei la copiii mici este lipsită de preciziune şi mai mult încă este de natură a rătăci diagnosticul. La aceşti copii ne putem gândi la o stare gripală, la o febră tifoidă chiar, etc. dar numai la o infecţiune a căilor urinare nu. Fără examenul urinei putem să trecem pe lângă această infecţiune fără a o diagnostica.

Spuneam adineaori că simptomatologia poate să fie ştearsă cu totul şi de abia şi numai starea generală să se resimtă, traducându-se prin inapetenţă şi stagnarea curbei ponderale. Aşa s'a întâmplat cu sugarul Ionel Florin, dela creşcătoria Clinicei. Acest copil în etate de $3^1/_2$ luni şi care era alăptat mixt, suferise cu vr'o 10 zile înainte de o stare gripală după care a rămas inapetent şi cu o curbă de greutate staţionară, fapt pentru care i se prescriu injecţii cu insulină; cum de pe urma acestora nu se observa nici o ameliorare şi cum diferitele cercetări clinice şi biologice nu ne explicau această stare, într'o doară am cerut ca copilul să fie sondat şi urina să fie analizată. Nu mică mi-a fost surprinderea aflând că urina era turbure şi culturile au dat *Coli.* Fără analiza urinei şi mai puţin încă în cazul acesta am fi putut bănui existenţa *Piuriei?*

Repetând că din punctul de vedere al simptomatologiei nimic nu ne îndreaptă atenţia asupra aparatului urinar, aşa după cum s'a putut vedea şi din expunerea succintă a acestei observaţiuni. Vom spune că din punct de vedere clinic se poate descrie: *forma latentă, forma uşoară, forma comună* şi *forma intensă* sau toxiinfecţioasă, după intensitatea cu care se prezintă diferitele simptome şi răsunetul pe care infecţia căilor urinare superioare îl are asupra stării generale.

Vom da un exemplu despre forma *toxiinfecţioasă:*

Fetiţa Paraschiva D. în etate de 6 luni intră în serviciul Clinicei pentru o eczemă impetiginizată a feţei şi pielei capului. La intrare are 38°, febră care ulterior va oscila timp de o lună între 36^5—38°. In tot acest lung interval de timp nu pare să sufere prea mult, afară

doar că este neliniştită şi plânge, lucru care se poate explica uşor prin starea eczematoasă amintită care între timp s'a ameliorat mult prin aceea că infecţia supraadăugată a cedat. Examenul amănunţit al copilei nu ne explică persistenţa febrei. In fine febra se urcă la 39° pentru ca încă o lună ea să oscileze între 38°—40°. Pe lângă această febră care rămâne inexplicabilă se instalează scaune diareice, inapetenţă marcantă, din când în când vărsături şi o stare de neliniste şi insomnie. Facies-ul devine suferind, privirea atonă, splina palpabilă, pielea uscată şi curba greutăţii în descreştere rapidă. La începutul acestei recrudescenţe febrile cum diferitele examene clinice şi de laborator nu puteau explica această stare toxiinfecţioasă se procedează la examenul urinei care este foarte turbure şi prin sedimentare lasă un depozit apreciabil alcătuit din polinucleare şi a cărei însemânţare dă *Coli*. In urină se găseşte, în plus, albumină, cilindri hialini şi granuloşi deci o pielonefrită. Iată, deci, o piurie consecutivă unei infecţiuni a pielei. In plus, această inflamaţiune a conductelor urinare se complicase şi cu o inflamaţiune a rinichilor (albumină, cilindri granuloşi) ne găseam cu alte cuvinte în faţa unei *Pielonefrite*.

Cum vedem din relatările acestor observaţiuni mai toate aparatele ne arată un grad mai mare sau mai mic de suferinţă şi starea generală este mai mult sau mai puţin grav atinsă. Singur aparatul urinar care este realmente în cauză, nu atrage atenţiunea asupra suferinţei lui. Această suferinţă trebue noi să ne gândim mai întâi la ea şi luând acest aparat în cercetare să vedem dacă sediul boalei nu rezidă într'ânsul. Această cercetare, din nefericire, la copii şi mai ales la sugari se reduce la analiza urinei. Cercetarea instrumentară a căilor urinare care se practică la adult nu are aplicaţiune la micii copii din cauza tehnicei anevoioase şi a suferinţei ce s'ar cauza micilor bolnavi.

Unii autori au căutat a descrie forme speciale de piurie la copii descriindu-le sub denumirea de:

Forma dispeptică (cu vărsături prelungite);

Forma meningitică.

Nu voiu insista asupra lor; denumirea lor arată suficient care este aspectul lor clinic şi dificultăţile care se ridică în calea diagnosticului de *Piurie*.

In ceea ce priveşte diagnosticul vedem din cele spuse până aci că el este în cel mai mare număr de cazuri foarte greu de pus, am putea spune, chiar, imposibil de pus dacă ne-am călăuzi numai după simptomele prezentate de micul bolnav. Acestea sunt repre-

zentate fie numai din simptome de ordin general, fie de asociarea acestora cu unele care privesc alte organe: *pulmoni, tub digestiv, sistem nervos* etc. In acest din urmă caz simptomele acestea de localizare sunt adesea atât de pronunţate încât reţin asupra lor atenţiunea medicului şi a familiei şi aceasta atât de mult încât dacă medicul nu s'ar lăsa înşelat de aparenţe şi ar cere recoltarea urinei cu sonda spre a fi examinată, propunerea sa ar fi întâmpinată cu neîncredere de familie şi chiar refuzată în convingerea că sediul boalei nu se află la nivelul aparatului urinar.

Dacă ceea ce predomină sunt simptome de ordin general medicul se va gândi ba la o gripă, ba la o febră tifoidă, la o malarie sau tuberculoză; dacă avem asociare de simptome de localizare şi o predominenţă a acestora se va gândi potrivit simptomelor întâlnite sau la o pneumonie sau broncho-pneumonie, sau la o afecţiune gastro-intestinală, sau la o meningoencefalită etc. Il vedem pe medic trecând în gând toate posibilităţile. La un lucru nu se gândeşte însă, la acela care, tocmai, se găseşte în cauză, la posibilitatea unei infecţiuni a căilor urinare şi aceasta tocmai din cauză că în opoziţie cu celelalte aparate căile urinare sunt mute la micii copii.

Pielitele sunt din acele afecţiuni la care medicul, care îngrijeşte de copii şi mai cu seamă de micii copii, trebue să se gândească în lipsa chiar a simptomelor revelatoare, adică a semnelor urinare şi să-şi îndrepte cercetările în această direcţie cum ar zice francezul „de parti pris".

La adult în asemeni împrejurări pe lângă analiza urinei se procedează adeseori la explorarea uretrei, băşicei, ureterelor, basinetului. La copii şi în special în prima copilărie trebue să renunţăm la aproape toate aceste explorări aşa că suntem reduşi numai la examenul urinei.

Această analiză de urină trebue însă făcută ori de câteori examenul somatic al micului bolnav cât şi cel biologic nu dă rezultate satisfăcătoare şi lămuritoare asupra cazului în observaţie.

Am merge mai departe şi am spune ca această analiză să se facă în mod curent la toţi micii bolnavi aşa cum procedăm în clinica noastră oricare ar fi boala pentru care se află în îngrijirea noastră şi aceasta cu atât mai mult cu cât am văzut că cele mai variate infecţiuni cu sediul cel mai variat se pot complica la un moment dat de piurie.

In felul acesta foarte multe cazuri de piurie nu ar scăpa nediagnosticate şi netratate şi s'ar vedea că frequenţa lor este mult mai mare decât se crede îndeobşte.

Am văzut D-lor foarte pe scurt cam care este aspectul clinic al boalei, simptomatologia ei. Să vedem cum evoluează.

Evoluţia acestei afecţiuni este foarte variabilă şi depinde de mulţi factori: intensitatea infecţiunei urinare, focarul de unde o pornit infecţiunea urinară şi anume dacă a fost sau nu stins, etatea micului bolnav, felul de alimentare (alăptat la sân dacă e sub etatea de 1 an, sau artificial), mediul în care trăieşte, intervenţia precoce sau tardivă a tratamentului, multiplicitate de factori cari pot intra în proporţie variabilă dela caz la caz, lucru care ne poate explica de ce evoluţia poate diferi dela un copil la altul.

Cu toate acestea se poate sintetiza în câteva posibilităţi modul în care poate evolua piuria la micii copii.

In forma uşoară, de pildă, nu este rar ca boala să se vindece în 2—4 săptămâni.

In forma mijlocie sau comună precum şi în forma toxi-infecţioasă durata este mult mai lungă şi poate, chiar, trece în stare *cronică*.

Se mai poate întâmpla, mai ales când focarul infecţios care a servit ca punct de plecare a infecţiunei căilor urinare, (intestin n. faringe, ţesut cutanat, etc.) n'a fost stins complect, sau când căile urinare ale micului bolnav prezintă malformaţiuni cari aduc stânjenire liberei scurgeri a urinei, se poate întâmpla, zicem, ca după un timp de vindecare boala să reapară. Avem deci *o recidivă;* asemeni recidive pot fi mai multe la număr şi să se termine, la urma urmei, prin trecere în stare cronică. De aci necesitatea ca la un copil care a fost bolnav de piurie să i se examineze din când în când urina.

Nu este imposibil chiar, după cum admit unii autori, ca la originea unor pielite gravidice, a unor pielite la adulţi, a unor litiaze renale observate la o perioadă mai mult sau mai puţin înaintată a vieţei să se găsească aceste piurii ale primei copilării care au rămas necunoscute sau au fost uitate.

Evoluţia boalei se poate termina, în fine, prin moarte în perioada acută din cauza fenomenelor toxi-infecţioase sau în faza cronică din cauza cahexiei sau unor complicaţiuni, mai ales pulmonare, favorizată de starea de debilitate a organismului.

Dacă acestea sunt diferitele posibilităţi de evoluţie a boalei, trebue să spunem că cele mai adesea, mai ales când nu avem a face cu forma toxi-infecţioasă, şi când tratamentul a fost instituit din vreme şi aşa cum se cuvine, boala se termină prin vindecare.

In ce priveşte tratamentul vom fi foarte scurţi. El este în genere acela aplicat la adulţi: tratamentul medicamentos şi cel biologic.

Vom lua în cercetare cel medicamentos. El constă în favorizarea diurezei prin decoct de cozi de cireşe, bunăoară, apoi în desinfectarea căilor urinare cu hexametilentetramină per os sau injecţii intravenoase, piridium.

Tratamentul biologic constă în întrebuinţarea de stockvacin sau autovaccin (acesta din urmă incomparabil mai superior) în injecţii subcutane şi bacterioterapie.

Experienţa pe care o avem cu vacinoterapia ne arată că avem a face cu o metodă foarte bună. In ce priveşte bacteriofagoterapia, experienţa ne e cu mult mai restrânsă din cauza dificultăţilor de preparare a bacteriofagului respectiv.

In fine la sugari mai avem de aplicat şi tratamentul higienic care priveşte alimentaţia şi condiţiunile de higienă în genere.

Scopul acestei conferinţe a fost nu acela de a aduce contribuţiuni noi la studiul piuriilor infantile ci de a arăta că chiar în ţară la noi aceste piurii sunt frequente, mult mai frequente decât se crede în genere, raritatea lor nefiind decât aparentă şi datorită imprecisiunei fisionomiei lor clinice care rătăceşte pe medic şi-l face să-şi îndrepte cercetările în direcţie cu totul alta decât aceea a căilor renale şi ca consecinţă a acestora să atrag atenţiunea confraţilor de a avea totdeauna prezentă în minte în faţa unui copil bolnav, mai ales a unui sugar, posibilitatea unei infecţiuni a căilor urinare şi de a nu neglija nici o dată, oricare ar fi aspectul afecţiunei în faţa căreia se află examenul urinei micului bolnav.

Procedând astfel va aduce servicii bolnavilor săi şi-şi va uşura adeseori punerea unui diagnostic sigur şi cum vedeţi uşor.

Spitalul „Gh. Mârzescu“ din Braşov.
Medic primar director: Docent Dr. Liviu Câmpeanu.

Consideraţiuni asupra importanţei toracoplastiei

de

Docent Dr. Liviu Câmpeanu şi **Dr. Martin Papp**
medic primar. medic secundar.

Toracoplastia, care deşi studiată de Cerenville, Quincke şi Spengler încă prin anii 1888, când Forlanini încerca primul său pneumotorace artificial, abia în ultimii 15 ani a prins consistenţă mai marcată şi abia de 5—6 ani este folosită intens ca mijloc de colapsoterapie pulmonară.

Explicaţia întrebuinţărei crescânde a toracoplastiei o găsim atât în faptul, că odată cu aplicarea din ce în ce mai frecventă a pneumotoracelui artificial s'au înmulţit şi cazurile neapte pentru tratamentul cu acesta din urmă, precum şi în împrejurarea, că cu precizarea indicaţiei operatorii a sporit şi numărul bolnavilor, ce realmente pot beneficia de foloasele acestui procedeu, care altădată se recomanda mai mult în cazurile avansate, caşectice, unde înainte de resemnarea definitivă, se mai încerca şi acest remediu eroic, dar cu prea puţin folos şi cu prea multă decepţie.

Atitudinea ftiziologilor astăzi se caracterizează prin logica, de a întrebuinţa fiecare procedeu colapsoterapeutic acolo, unde el se potriveşte cu adevărat şi de a nu pierde prea mult timp cu încercări inutile cari nu folosesc nimic, ci din contră discreditează terapia, sacrifică bolnavul şi compromit pe medic.

Distingem după conceptiile ce le stau la bază:

Toracoplastia paravertebrală Brauer-Sauerbruch.
„ antero-laterală a lui Monaldi.
„ elastică de destindere şi de aşteptare a lui Maurer.

Am cuprins în aceiaşi categorie procedeele lui Brauer şi Sauerbruch, căci diferenţa dintre ele este numai de nuanţă, deşi autorii nu odată s'au combătut cu pasiune.

Ambii resecă porțiuni mai mari (Brauer), sau mai mici (Sauerbruch), din arcurile costale posterioare, din imediata vecinătate a coloanei vertebrale. Toracoplastia lor este totală, adică privește toate coastele cu excepția celei de a 12-a. Operația se face în unul sau doi timpi. Sauerbruch susține că trebue făcută de jos în sus pentru a evita aspirarea de către căile aeriene inferioare a virusului stors din porțiunile comprimate situate mai sus.

Operația dă rezultate satisfăcătoare în formele cu tendință fibroasă și cu mediastinul rigid. La fel în empiemul tuberculos.

Toracoplastia paravertebrală a fost până acum câțiva ani singurul mijloc toracoplastic, care s'a dovedit eficace în tratamentul

a) proceselor unilaterale, extinse, cu tendință mare la scleroză și retracțiune, cum sunt formele ulcero-fibroase, fibrotoracele și procesele cu simfiză pleurală, unde tratamentul conservativ n'a dat rezultate, iar pneumotoracele era neaplicabil;

b) tuberculoza parțial lobular cazeoasă, cel mult subfebrilă, gravă sau de gravitate medie, practic unilaterală, dacă pneumotoracele este irealizabil, fie din cauza aderențelor, fie că starea socială a pacientului nu suportă tratamentul îndelungat de sanator. Nu trebue să uităm însă că plastia paravertebrală Sauerbruch și îndeosebi acea a lui Brauer, poate agrava procesele exudative, în care pulmonul hepatizat colabează greu, iar mediastinul moale se deplasează ușor, dând naștere la grave tulburări respiratorii și circulatorii;

c) cavernelor mai mari decât nuca ale formelor fibroase, unde celelalte tratamente, urmate câteva luni, nu au dat rezultate satisfăcătoare;

d) hemoptiziilor repetate, dacă nu dispar prin pneumotorace, frenicectomie sou plombă.

Pe lângă indicațiile de mai sus ea are aplicare largă în toate empiemele pneumotoracice cu ventil, în fistulele pleuropulmonare, în pneumotoracele abandonat cu cavitate reziduală persistentă și în simfiza pleurală jenantă.

In aplicarea toracoplastiei totale paravertebrale se cere, ca plămânul opus să fie din punct de vedere practic sănătos, iar starea generală a bolnavului să fie bună, vârsta să nu-i fie trecută de 60 ani, căci suprimând funcția unui întreg hemitorace, se pun la încercare atât inima, cât și celalalt plămân.

Tocmai această considerație a silit pe ftiziologi, ca să-și modifice concepțiile și să aducă corective procedeului, care de altfel

executat în limita indicaţiilor sale stricte, salvează un număr impresionant de oameni, până în proporţie de 60—70%, cari altfel ar fi iremediabil pierduţi.

Practica a mai arătat, că limitată la părţile superioare ori începută de sus în jos această toracoplastie nu atrage după sine în toate cazurile, cum s'a pretins, îmbolnăvirea regiunilor inferioare, ci analog ca în pneumotorace, complicaţiile se nasc în lobul din partea opusă. Nu se poate sacrifica deci cu uşurinţă, fără forţă majoră, un întreg lob inferior sănătos, ceeace ar constitui o pierdere grea şi inutilă.

Astfel au luat naştere diversele forme de toracoplastii paravertebrale parţiale, unde nu se mai rezecă toate coastele, ci numai acele, care interesează direct regiunea bolnavă, lăsându-se şi pentru mai departe în funcţie părţile sănătoase.

S'a căutat mai departe să se studieze şi să se imite mai mult prin mijloace corespunzătoare modul de acţiune al pneumotoraceiui artificial.

Astfel s'a ajuns la *toracoplastia elastică, de destindere anterolaterală a lui Monaldi,* făcută în concordanţă cu *Morelli şi Ascoli.*

In Institutul Forlanini, Monaldi a întreprins cercetări interesante de spirometrie cu privire la munca depusă de diversele segmente toracice în actul respirator. Concluzia a fost că nu toate acestea iau parte egală la excursiunile respiratorii. Liniile de amplitudine maximă, numite „linii dominante", sunt responsabile, după demonstraţia sa, de traumatizarea plămânului şi de accentuarea leziunilor existente. Suprimând acţiunea liniilor dominante, s'ar suprima şi cauzele adevărate ale agravărei boalei.

După concepţia lui Monaldi toracoplastia lui Sauerbruch nu rezolvă decât insuficient şi cu sacrificii prea mari problema destinderei şi punerei în repaos a plămânului bolnav. De ce să ruinăm întreaga construcţie a hemitoracelui, expunând inima şi plămânul opus la grele încercări? De ce să limităm indicaţiile toracoplastiei numai la formele fibroase, când atâtea forme exudative cer intervenţia noastră toracoplastică, aderenţele împiedecând instituirea pneumotoracelui artificial? zice el.

Care sunt liniile dominante? Din ce constă suprimarea lor?

Ele sunt în număr de patru. Două sunt verticale: una e superioară şi stă sub dependenţa primei coaste şi a muşchilor ce se inseră pe ea, a doua e inferioară şi se găseşte sub dependenţa diafragmei. A treia şi a patra, transversală şi antero-posterioară, sunt sub dependenţa coastelor cu amplitudine de mişcare respira-

torie maximă, e în linia ce leagă primul spaţiu intercostal, având punctele terminale sus parasternal, iar jos între linia axilară medie şi posterioară.

Prima linie dominantă o suprimăm rezecând prima coastă, a doua paralizând diafragmul prin frenicectomie, a treia şi a patra extirpând pe linia descrisă din coastele 2, 3, 4, 5, 6 şi 7 segmente în lungime totală de 40—45 cm. Operaţia se face în doi timpi, primul cuprinzând frenicectomia şi rezecţia largă a primei coaste, al doilea rezecţia celorlalte coaste.

Şocul operator e minim. Operaţia după Monaldi dă vindecări şi ameliorări în 65—70% din cazuri, deci cam la fel ca acele obţinute prin procedeul Sauerbruch—Brauer. Dar cu ce indicaţiuni lărgite!

Avantajele ei ar fi: diformarea minimă a toracelui, nealterarea funcţiunei cardio-vasculare, limitarea respiraţiei numai în anumite părţi, aceasta din urmă semănând cu acea produsă de pneumotoracele abandonat.

Indicaţiile operatorii sunt extrem de întinse faţă de acelea ale toracoplastiei lui Brauer-Sauerbruch.

Ele vizează:

1. Formele exudative cu ulceraţii, infiltrat precoce, lobite, broncopneumonii cu tendinţă de confluenţă.

2. Leziunile retractibile, caverne izolate sau în combinaţie cu procesele menţionate sub punctul 1.

3. Sclerozele massive cu mici caverne şi fibrotoracele, ce conţine mici cavităţi.

Indicaţiile pleurale sunt date de pneumotoracele parţial, clinicește ineficace şi de empiemul parapneumotoracic.

In fine indicaţii cu rezultate relative, nescontând vindecarea completă, avem, după Monaldi, în formele grave ulcerocaseoase răspândite, în pneumonii, broncopneumonii larg confluente, în procese de distrugere cu pusseuri evolutive, precum şi în formele cavitare gigante, izolate, susţinute de arcurile posterioare, care împiedică retracţiunea.

Concepţia lui *Monaldi* este nouă, abia de patru ani. Am insistat asupra ei, deoarece ea ne deschide calea în tratamentul, eventual cu succes şi acelor forme de tuberculoză pulmonară, contra cărora altfel nu mai găsim nici un remediu.

Tot *Morelli şi Monaldi*, sunt aceia, care au conceput şi ideia *toracoplastiei de destindere antero-laterală, elastică*. Extirpând pe alocuri porţiunile costale împreună cu periostul lor cu tot, sau îm-

piedecând prin procedeul lui *Shoenvacker* de formalizare refacerea rapidă a plastronului osos din patul coastelor rezecate, ei au creat zone parietale mobile, aşa numite „*velarii compenzatoare*", care permit, ca şi diafragmul paralizat, pentru mult retracţia electivă a leziunilor pulmonare subjacente.

Acest principiu l-a împrumutat *Maurer*, când a creat toracoplastia sa, numită *toracectomie elastică de destindere şi de aşteptare*, care este încă în faza de încercare, dar care pare să promită rezultate încurajatoare, după ceea ce am văzut şi am citit.

Toracoplastia elastică de destindere şi de aşteptare consistă din combinaţia principiului toracoplastiei Proust-Maurer cu ideia velarilor de compensaţie. Segmentele costale le extirpă extraperiostal, de se poate. De nu, atunci distruge periostul prin diatermocoagulare sau formolizare.

Această toracoplastie paravertebrală este parţială şi se adresează numai zonelor, acoperite de primele şase coaste. Are însă însemnătate mare, căci înlocueşte cu bune rezultate plomba pulmonară, cu toate indicaţiile ei.

Intenţionat nu am intrat în detalii tehnice, care numai demonstrate la masa de operaţie se pot înţelege cu adevărat şi care nu ar fi făcut decât să îngreuneze luminarea problemelor discutate.

Tot intenţionat şi din aceleaşi motive nu ne-am ocupat nici de diversele variaţii de plastii posterioare sau anterioare, cum nici de intervenţiile complimentare, ca toracoplastia anterioară, frenicectomia şi pneumotoracele artificial, în combinaţie cu toracoplastia, menite să mărească posibilităţile de vindecare în acele leziuni şi în acele cazuri, în cari un singur mijloc de colapsoterapie nu ne poate da rezultate corespunzătoare şi nu ne poate ajuta, să obţinem vindecarea sau cel puţin ameliorarea bolnavului.

Am fi însă fericiţi dacă şi noi medicii români, precum şi pacienţii noştri, am putea beneficia din timp de utilizarea mijloacelor moderne de colapsoterapie şi să nu mai asistăm inerţi, cu braţele încrucişate, la prăpădul, ce mineză vlaga clasei noastre producătoare. Pentru aceasta sunt necesare însă descoperirea din bună vreme a bolnavilor şi îndrumarea lor spre centrele de vindecare.

Spitalul Public Sibiu.
Serviciul Chirurgical Medic Primar Director Doc. Dr. Oct. Filipescu.

Mijloace de combatere în ileusul funcţional.

Dr. I. Matinca şi **Dr. S. Iosif**
medic secundar medic auxiliar.

In practica de toate zilele survin adesea cazuri de ileus, cari sunt întâlnite mai frecvent de chirurg. Vom face abstracţie de marele grup al ileusului mecanic şi vom insista cu deosebire asupra acestuia, despre care ne-am propus să vorbim, adică cel funcţional; aceasta cu atât mai mult cu cât problema interesează de o potrivă şi pe chirurg şi pe medicul practician.

Prin ileus se înţelege o retenţie completă şi permanentă a conţinutului intestinal, cu întregul cortegiu de simptome şi fenomene foarte grave ce survin.

Din punct de vedere etiologic şi patogenic ileusului funcţional, sau dinamic, i-se descriu două forme, vorbindu-se astfel de un ileus paralitic şi de unul spastic. Se rezervă de către Hausser dela Basel un grup deosebit acelor forme cari sunt datorite leziunilor organice ale peretelui intestinal interesând, fie musculatura netedă, fie inervaţia — sau ambele deodată — şi altul acelora cari ţin la o componentă reflectorică sau nervoasă.

In primul caz vorbim de un ileus paralitic ce se instalează după o peritonită spre exemplu, sau în urma unui traumatism la nivelul intestinului având drept consecinţe turburările vasculare locale cum sunt embolile sau trombozele mezenteriale; pe de altă parte vorbim de un ileus spastic ce se instalează în urma diferitelor intoxicaţiuni (cu plumb, nicotină, mercur, etc.) şi inflamaţiuni locale sau propagate, cum sunt la femei acelea dela anexe şi cu deosebire cele de natură TBC. Foarte interesante cazuri de felul acesta publică Plătăreanu Porumbaru şi Albu dela Bucureşti în *România Medicală*.

In al doilea caz vorbim de un ileus paralitic secundar ce se instalează de obicei după o fractură a coloanei vertebrale sau poate

survenì cu o litiază hepatică sau renală, ori cum sunt descrise unele forme după un ictus apoplectic sau în legătură cu o simplă pneumonie; iar pe de altă parte vorbim, şi aici, de un ileus spastic ce survine de obicei cu un tabes sau o compresiune medulară.

In evoluţia ileusului deosebim în general după Haţieganu şi Goia; *a)* O perioadă a accidentelor locale ce evoluează cu dureri, vărsături (întâi alimentare apoi bilioase şi în fine fecaloide) cu retenţie de gaze şi materii fecale cu un puls bradicardic şi respiraţie încetinită şi uneori sughiţ. Din punct de vedere obiectiv suntem impresionaţi la început de meteorismul local; *b)* A doua perioadă cu un calm relativ, când după şase—opt ore încetează durerea pentru ca în scurt timp să apară simptomele de intoxicaţie; *c)* O a treia perioadă, a accidentelor de intoxicaţie masivă, ce se traduce printr'o sete rebelă a bolnavului cu un facies peritoneal cu extremităţile reci, dispnee accentuată şi puls foarte frecvent; acum apar mai abundent vărsăturile fecaloide şi fenomenele de insuficienţă hepatică, renală şi supra renală, şi apoi colapsul. In fine se instalează *d)* A patra perioadă, terminală, când bolnavul moare. Moartea este de cele mai de multe ori bruscă prin colaps, sincopă sau paralizie bulbară, ori bolnavul moare în convulsiuni tonico-clonice; foarte rar avem ocazia să observăm o evoluţie progresivă. Am rămas impresionaţi în această din urmă perioadă, către sfârşitul fatal, de o stare de euforie a bolnavului pe care o explicăm prin localizarea toxinelor la nivelul scoarţei cerebrale şi a centrilor cari prezidează la aceste stări.

In ceiace priveşte diagnosticul acesta este destul de dificil fiind de multe ori puşi în imposibilitatea materială de a stabili un diagnostic patogenic exact. Ne vom nizui totuşi la un diagnostic precoce pentrucă de acesta depinde soarta bolnavului şi conduita tratamentului despre care vrem să vorbim.

Vom lăsa în totdeauna ileusul de natură mecanică, chiar şi atunci când îl presupunem numai, pe seama chirurgului care este obligat să intervină de urgenţă. In aceste cazuri excludem posibilitatea unui tratament medicamentos care vine în discuţie numai atunci când este vorba de un ileus funcţional cu condiţia ce-i incumbă medicului consultat de a nu ezita nici aici prea mult şi de a indica intervenţia imediată atunci când primele încercări medicamentoase n'au dat rezultate.

In serviciile de chirurgie facem dese ori apel la mijloacele medicamentoase de tratament ale ileusului, despre cari am putea spune că merg mână în mână cu cele chirurgicale.

Rămâne stabilit că laparatomia este unicul tratament al ileusului în general şi ea este indicată în toate cazurile unde nu avem contra indicaţii grave cum ar fi de ex. o stare generală proastă a bolnavului, vom ţine deci seama întotdeauna de rezervele acestuia.

Intervenind, vom pregăti bolnavul explorând pe cât posibil funcţiunile importante ale organismului. In special cordul şi plămânii trebuesc supuse unui examen minuţios pentru a putea folosi mijloacele terapeutice realizabile în prevenirea complicaţiunilor ce pot da aceste organe; Vom ţine apoi seama şi în timpul operaţiei de starea lui şi vom căuta să avem totul la dispoziţie întrucât tărăgănarea chiar în timpul operaţiei poate să compromită efectul. Preferim anestezia locală în cazurile unde bolnavul nu poate suporta o rachianestezie sau o narcoză pentru care condiţiunile ne sunt date foarte rar. Se operează cu cele mai mari precauţiuni căutând să înlăturăm cauza pe care o depistăm uneori uşor, alte ori mai dificil.

Hausser indică înainte de operaţie un lavaj stomacal prin care reuşim să reducem dilataţia şi meteorismul (acesta e bine să se facă şi după operaţie). De asemenea mai indică în timpul operaţiei puncţia intestinală care are avantajul reducerii meteorismului şi balonării şi deci a unei posibilităţi ideale de lucru în cavitatea abdominală, întrucât putem în felul acesta să observăm mai bine; dar are desavantajul posibilităţii producerii unui şoc de care trebue să ne temem în timpul intervenţiei ca şi acela al efectului frământării masei intestinale în căutarea cauzei şi în fine, — tot atât de gravă, — o eventuală infecţie a peritoneului care se poate propaga foarte uşor din interiorul intestinului, de aceia suntem de părere să nu se facă din capul locului decât în cazurile unde este absolut imposibilă orice manoperă. Ea cere experienţă, instrumentar deosebit (un sistem special de pompă aspirativă) şi asistenţă pricepută.

Când prin laparatomie nu s'a putut rezolva problema ileusului, acesteia îi urmează uneori entero-entero-anastomoza după împrejurarea dată sau în fine enterostomia, care se face întotdeauna imediat deasupra obstrucţiei.

Vom asigura prin orice mijloace evacuarea intestinului, care prezintă o capitală importanţă, întrucât în felul acesta se evită cu toată siguranţa eventualitatea unei intoxicaţii ulterioare şi care altfel se produce de multe ori, dat fiindcă odată colabat intestinul, prin restabilirea circulaţiei, absorbţia toxinelor din intestin se face în mai mare grad.

Dar în cazul unui ileus funcţional, avem toată latitudinea instituirii unui tratament medicamentos, intervenţia chirurgicală rămânând

la urmă, indicându-o totuşi la timp — maximum după 12 ore — atunci când mijloacele despre care vom vorbi nu dau rezultatele dorite. Acestui tratament se pretează de altfel şi formele de ileus mecanic prin ocluzie incompletă.

Astăzi avem la îndemână o serie întreagă de mijloace:

I. Funcţiunea motorie a intestinului poate fi influenţată prin două grupe de medicamente: Pe de o parte sunt acelea cu efect relaxant — inhibitor — indicate în ileusul spastic, iar pe de altă parte acelea cu efect motor cari măresc peristaltismul, indicate în ileusul paralitic. In grupul întâi sunt antispasmodicele: atropina (0,3—1,0 mlg.) cu derivatele ei, al căror efect este totuşi nesigur de multe ori, de aceia se asociază cu alte preparate cari formează grupul al doilea: preparatele de hipofiză cum sunt: pituitrina, hipofizina, pituglandolul, physormonul, hipofenul, peristaltina, physostigmina, doryl, esmodilul, un mijloc ideal de tratament este acela al administrării prostigminei care are drept efect o ridicare a tonusului şi apoi după 10 minute un preparat de hipofiză dintre cele amintite;

II. După o jumătate de oră instituim, cu efect foarte bun uneor, clisme înalte cu glycerină (până la 200 gr. la litru), ceai de muşeţel, un oleu, lapte etc.

Morfina şi opiul sunt absolut contra indicate, mai ales în fazele incipiente, până când nu s'a stabilit diagnosticul. Opiaceele, îşi găsesc o aplicare restrânsă în stenozele incomplecte sau în cazurile de ileus cronic. Ca analgezice se poate da, când este nevoe, novalginul ori cibalginul;

III. Ţinând seama de faptul că în toate cazurile de ileus se instalează o hipochloremie accentuată, datorită pierderii probabil prin vărsături a clorurilor, se administrează întotdeauna serul fiziologic sau hipertonic (până la 20‰, în total până la 15—20 gr. Cl. pe zi sau chiar mai mult).

Efectul serului se explică de către unii în felul următor: sau Cl. neutralizează elementele toxice ale sângelui direct, sau se fixează în ţesuturile inflamatorii traumatizate a căror vitalitate o măreşte, augmentând în felul acesta peristaltismul. Cl. Na. mai are apoi un rol diuretic, mărind în acelaş timp secreţia biliară şi cea gastrică. In cazurile grave cu fenomene toxice se observă efectul prompt, administrând încet 500 cc. dintr'o soluţie 4% intravenos; serul se mai poate da preventiv administrând 1—3 kg. subcutan pe zi dintr'o soluţie uşor hipertonică — 10‰, aşa cum se obicinueşte şi în serviciul nostru dealtfel în toate cazurile, sau în fine pe cale rectală acolo unde avem de-afface cu indivizi prea debilitaţi.

IV. Osmoterapia, ca adjuvant prin administrarea de dextroze. In serviciul nostru am experimentat Roburose-Egger cu efect satisfăcător.

V. Americanii fac uz de drenajul permanent al stomacului şi duodenului prin care s'ar asigura o desintoxicaţie mai rapidă.

VI. Dintre agenţii fizio-terapici amintim căldura (în cazurile neinflamate) sub formă de comprese calde, termofoare, căldura prin iradiaţie cu lămpi electrice ori diatermie.

In toate cazurile vom fi cu deosebită atenţie după cum am amintit, la funcţiunea cordului; digitalizăm pe cei cu leziuni cardiace sau vom administra unul din următoarele preparate: camfor, cofeină, cardiazol-ephedrină, coramină, digilanid, etc.

VII. Pe lângă toate acestea, în cazurile unde nu am obţinut nici un efect prin metodele specificate mai sus, recurgem la rachi-anestezie, care ne poate da rezultate prompte în sensul promovării funcţionării unui tranzit intestinal, uneori chiar înainte de operaţie. Efectul rachianesteziei se explică prin paralizia fibrelor inhibitoare ale nervului splanchinic. Işi găseşte aplicaţia în ileusul funcţional de natură reflectorică ori spastică, precum şi în acele forme de ileus paralitic ce survine foarte frequent după operaţiile mari pe abdomen; se poate folosi chiar şi în doze mai mici.

De asemenea a fost încercată în cazurile de ileus mecanic (volvulus şi încarcerări), fără rezultate remarcabile, afară de unele stenoze incomplecte (ileus cronic).

Reţinem dar eficacitatea rachianesteziei în cazurile de ileus funcţional, sau acolo unde s'a instalat o paralizie intestinală după operaţie şi care este contra indicată în cazurile de ileus mecanic.

In legătură cu aceasta publicăm mai jos un caz observat în serviciul nostru:

Boln. O. I. 31 ani, necăsătorit. Vine în serviciul nostru în 16 Ianuarie 1937, pentru dureri atroce abdominale, cu lipsa scaunelor şi a vânturilor şi cu o stare generală gravă.

Antec. heredo colaterale, nimic important.

Antec. personale, pojar la 6 ani; în viaţă a avut în repetate rânduri turburări gastro-intestinale. Inainte cu 5 ani i s'a mai făcut o intervenţie chirurgicală tot pentru ileus.

Starea prezentă: Boala actuală datează de 7 zile instalându-se cu dureri mari abdominale, greţuri şi vărsături — cu conţinut stomacal apoi bilioase — constipaţii, ascensiuni termice, sensaţii de apăsare şi balonări. S'a tratat acasă cu mijloace empirice, iar după 7 zile starea sa agravându-se, vine pentru a se interna în spital. La

examenul obiectiv constatăm: un bolnav de statură mică, ţesutul celulo-adipos redus, tegumentele palide decolorate, o emaciere pronunţată, un facies peritoneal, pe linia mediană se evidenţiază cicatricea unei intervenţii chirurgicale anterioare. Pulmonar, câteva raluri de stază la ambele baze cu o respiraţie superficială. Cordul, cu bătăile ritmice încetinite; puls bradicardic — aproape imperceptibil. Abdominal, se constată un meteorism exagerat, balonare întinsă, matitatea ficatului dispărută, pe întreg abdomenul timpanism.

Dată fiind starea generală a bolnavului şi simptomatologia unei vădite intoxicaţii, se stabileşte diagnosticul de ileus şi se intervine de urgenţă făcându-i-se laparatomie, seara la orele 7; operaţia se face sub rachianestezie (sol. novoc. 8% — 2 cmc.).

S'a găsit un megacolon cu megasigmă şi un volvulus al sigmei cu o bridă de strangulare la nivelul torsiunei.

S'a făcut eliberarea bridei şi detorsionarea.

După 12 ore dela intervenţie se constată instalarea unui ileus paralitic care nu cedează la medicaţiunea obicinuită. După 24 ore dela operaţie i-se face o a doua rachianestezie, după care la ½ oră urmează o eliminare abondentă de fecale şi gaze.

După 36 ore, se instalează din nou fenomene de ileus, fapt care ne-a determinat să-i facem o nouă rachianestezie, obţinând prin aceasta efectul amendării definitive a tuturor turburărilor. In 4 Februarie 1937 părăseşte serviciul vindecat.

Am expus, în linii generale, câteva consideraţiuni asupra ileusului funcţional şi am insistat îndeosebi asupra conduitei de urmat în combaterea complicaţiunilor.

Vom individualiza dela caz la caz diferitele metode de tratament în combaterea ileusului de natură funcţională, putând în acelaş timp să recurgem la o combinare a lor.

Ilustrând problema prin publicarea cazului de mai sus, intenţiunea noastră este de a generaliza aceasta metodă preţioasă a rachianesteziei pe care o credem justificată ţinând seama de rezultatele obţinute. Aceasta cu atât mai mult cu cât bolnavul nostru deşi a ajuns pe masa de operaţie la 7 zile dela debutul boalei, când se instalaseră deja fenomenele de intoxicaţie înaintată, rachianestezia a fost binevenită înainte de operaţie, pentru ca repetată la noile instalări de paralizie intestinală postoperatorie, — încă de două ori, — să fie salvatoare.

Consideraţiuni asupra tratamentului antisifilitic.

de **Dr. T. Schulz.**

Intr'un articol precedent, apărut în „Sibiul Medical" Nr. 3—4 din 1935 am schiţat pe scurt tipul normal al tratamentului specific cu cele patru variante ale lui, accentuând că ele se aplică la un adult masculin sau feminin, indemn de orice afecţiune, stare sau dispoziţie, care ar putea contraindica o astfel de terapie şi presupunând în acelaş timp şi o evoluţie mai mult sau mai puţin obişnuită a infecţiei sifilitice. In cele ce urmează ne vom ocupa de acele cazuri particulare, unde diverse împrejurări ne obligă să modificăm metodele terapeutice obişnuite. Cauzele, cari impun o astfel de conduită, sunt multiple: unele rezidă în organismul bolnavului, altele sunt proprietăţi câştigate (în urma unui tratament anterior insuficient) ale spirocheţilor, iar a treia grupă cuprinde formele şi localizările speciale ale infecţiei sifilitice.

A) **Cauzele, cari rezidă în organismul bolnavului** — unele pot fi descoperite la examenul medical, care trebue să precedeze orice tratament specific, altele se evidenţiază în cursul tratamentului.

I. **Stări patologice.**

1. **Stări umorale — Intoleranţele.** Ele se constată de multe ori cu ocazia primelor injecţii, altădată mai târziu, în cursul primei serii sau a seriilor următoare. Incercările de a determina dinainte intoleranţele existente n'au fost încoronate de succes; cutireacţiile sau intradermoreacţiile preconizate în acest scop cu soluţii foarte diluate (Neosalvarsan 1 : 100 etc.) dau rezultate contradictorii. In schimb ele sunt foarte preţioase în diagnosticul retrospectiv al unui fenomen de intoleranţă, mai ales când bolnavului i-s'a aplicat un tratament combinat cu 2 sau chiar 3 medicamente şi nu ştim care din ele a fost cauza accidentului. Ele se vor face însă numai după vindecarea accidentului respectiv.

a) *Arsenicul* poate da loc la accidente foarte variate; le putem grupa cel mai uşor după ordinea cronologică, în care ele se prezintă după o inj. de Neos.

α) *Accidentele imediate* sunt următoarele: miros neplăcut, greţuri, vărsături şi criza nitritoidă cu toate variantele ei, dela o simplă congestie a feţei până la formele cele mai grave, chiar mortale. In faţa unor accidente uşoare nu trebue să abandonăm imediat tratamentul arsenical, ci putem recurge la diferite procedee, menite să reducă toxicitatea Neosalvarsanului. Vom administra deci încă odată aceeaş doză sau una mai mică, aplicând unul dintre procedeele următoare: hemoexoftlaxie (aspirarea în siringa cu Neos. a unei cantităţi de 5—10 cm^3 sânge şi injectarea lentă a acestui amestec), folosirea în loc de apă bidistilată a unor alţi solvanţi: clorură de calciu 10%, gluconat de ca. 10%, glucoză 50%, tiosulfat de sodiu 10—20%, glicocol 4%, urotropin 10%, Strontiuran, etc. (câte 5 cm^3 pt. o injecţie); asemenea se poate prescrie în zilele de injecţie şi adrenalină per os $3 \times 10 - 15$ pic. din sol. 1‰. Ephetonin 2—3 tablete sau se poate administra înaintea injecţiei cu Neos. 0.0005 Adrenalină subcutanat. In afară de acestea trebue să ne asigurăm, dacă bolnavul respectă regulele generale, de cari trebue ţinut cont în caz de tratament specific (să nu mănânce cu 2—3 ore înainte şi după injecţie, să evite eforturile în ziua injecţiei, să nu abuzeze de alcool şi tutun etc.). Accidentele uşoare dispar de obicei după aceste metode, greţurile şi vărsăturile pot fi însă câteodată atât de neplăcute, încât ne pot sili să abandonăm tratamentul arsenical intravenos. Aceasta trebue s'o facem însă neapărat în faza unei crize nitritoide. In astfel de cazuri putem recurge la calea intramusculară cu arsenicalele trivalente (Myosalvarsan, Solusalvarsan, Sulfarsenol, Zinc-Sulfarsenol, Myovarsyl), iar dacă accidentele se repetă, cu cele pentavalente (Arsaminol, Acetylarsan, Solvarsin, Romarsan, Pentarsyl). Dacă nici acestea nu sunt suportate, trebue să abandonăm tratamentul arsenical, mărginindu-ne la celelalte trei principii antisifilitice.

β) *Accidentele precoci* se prezintă la ½—mai multe ore: frisoane, temp., greţuri, vărsături, diarei, cefalee, erupţii urticariene şi edematoase. Ca origine aceste accidente pot fi de două feluri: unele sunt fenomene de intoleranţă, iar altele sunt datorite unui tratament insuficient. Ele se numesc accidente arseno-sifilitice sau de tip Herxheimer şi se pot manifesta, în afară de simptoamele de mai sus, eventual şi prin apariţia unei rozeole sifilitice sau papulizarea unui exantem maculos; mărind dozele, fenomenele dispar complect. Celelalte — accidentele de intoleranţă — din contră se accentuiază din

ce în ce mai mult, chiar dacă întrebuinţăm şi procedeele mai sus expuse pentru scăderea toxicităţii Neosalvarsanului; tratamentul neosalvarsanic trebue deci abandonat, trecând la medicaţiuni (ca la accidentele imediate).

Aici trebue să mai amintim, că tratamentul neosalvarsanic poate redeştepta o malarie sau furunculoză latentă, poate provoca apariţia unei Zone Zoster (accidente biotropice indirecte ale lui Milian). In astfel de cazuri aplicăm un tratament adecvat; întreruperea injecţiilor de Neos. in general nu este necesară.

γ) *Accidentele tardive* se prezintă de obicei spre sfârşitul seriei sau chiar după terminarea ei, mai rar la început; ele denotă suferinţa profundă a unui organ, de aceia se numesc şi accidente sistematizate: icter (para — şi metaterapeutic), eventual urmat de o atrofie galbenă a ficatului (mortală), encefalită hemoragică (mortală), nefroză, purpură, anemie aplastică (prognostic grav), dermatită postsalvarsanică (erupţiuni morbili — şi scarlatiniforme, mai puţin grave ca eritrodermiile), eritrodermii. Unele dintre ele — mai ales cele cari se prezintă în săpt. I—II — pot fi de natură sifilomedicamentoasă, adică datorite reactivării spirocheţilor într'un anumit organ în urma unui tratament insuficient; astfel există un icter sifilomedicamentos (biotropic al lui Milian), dermatite postsalvarsanice (numite erupţii de a doua săptămână sau eritem de a noua zi), fenomene nervoase, paralizii etc. de natură sifilo medicamentoasă (biotropică directă Milian). Marea majoritate a acestor accidente se datoresc însă unei intoleranţe grave, de aceia, precum şi prin faptul, că n'avem nici un criteriu absolut pentru diferenţiarea accidentelor arsenosifilitice de cele de intoleranţă, la ivirea unor astfel de fenomene vom sista imediat orice tratament specific; el se va reîncepe — cu Bi, Hg sau Iod — numai după vindecarea completă a accidentului respectiv. Tratamentul arsenical se va putea relua (la început pe calea intramusculară) după câteva luni în caz de dermatită şi nefroză, la 1—2 ani după un icter, rămânând însă pt. totdeauna proscris după o eritrodermie sau purpură;

b) *Bismutul* — accidentele sunt rare. Cele locale (dureri, infiltrate, abcese, dermită livedoidă şi gangrenoasă Nicolau) se pot evita aproape totdeauna printr'o tehnică ireproşabilă. Dintre accidentele la distanţă şi cele generale stomatita e cea mai frecventă; e mult mai puţin gravă, ca cea mercurială şi se poate evita sau vindeca prin repararea danturei şi o igienă bucală riguroasă (pastă de dinţi, gargare cu clorat de K, apă oxigenată, Hyperol, etc.). In cazurile mai renitente recurgem la sistarea pasageră a tratamentului bismutic,

care uneori (stomatite ulceroase şi vegetante) nu se poate relua decât după 1—2 ani, eventual niciodată. Accidentele mai grave: nefroza, glomerulonefrita, dermatitele bismutice (morbiliforme, scarlatiniforme şi eritemato-veziculoase), eritrodermiile şi icterul sunt foarte rare. Ele se pot diagnostica uşor în caz de tratament bismutic exclusiv, mult mai greu în caz de tratament combinat (cutireacţii). Glomerulonefrita şi eritrodermiile exclud în mod definitiv tratamentul bismutic, în caz de icter el se poate relua la 1—2 ani, iar la celelalte accidente după câteva săptămâni—luni de zile, procedând totdeauna la schimbarea preparatului bismutic (de ex. chinina din iodobismutaţii de chinină poate da loc la erupţii cutanate, cari nu se mai repetă după un Bi alb sau liposolubil);

c) *Mercurul* — accidentele se observă mai ales în urma preparatelor insolubile (ol. cenuşiu, salicilat de Hg, calomel etc.), cari însă, fiind dureroase, se aplică astăzi relativ puţin, deşi au o acţiune curativă energică; produsele solubile (sublimat, cianură de Hg, Salyrgan, Novasurol, etc.) sunt de obicei bine suportate. Accidentele cele mai frecvente sunt următoarele: stomatită (formele grave ulcero-membranoase, flegmonoase şi cu necroza maxilarului sunt azi excepţionale), enterită, manifestându-se prin dureri abdominale, diaree, vărsături (forme grave: entero-colite ulcero-membranoase şi disenteriforme), nefroză şi glomerulonefrită, icter (f. rar), eriteme scarlatiniforme şi eritrodermii, anemie (eventual progresivă) şi polinevrite. Formele uşoare de stomatită şi enterită nu impun încă în mod absolut întreruperea tratamentului mercurial; în caz de stomatită uşoară interzicerea complectă a fumatului, îngrijirea dinţilor, repararea dinţilor cariaţi, gargare (clorat de K 3%, apă oxigenată, Kamillosan), badijonarea gingiilor cu Tra myrrhae, ratanhiae, gallar. aa, ameliorează de multeori situaţia. Enteritele incipiente regresează de obicei, administrând bolnavului opiu, subnitrat de Bi. şi tanină. Dacă observăm însă că leziunile progresează, sistăm imediat tratamentul mercurial; la fel trebue întrerupt tratamentul în formele grave ale stomatitei şi enteritei, precum şi la celelalte accidente mai sus enumărate. Continuarea tratamentului specific se face în caz de stomatită cu Neosalvarsan (care constitue de altfel un tratament excelent al stomatitei mercuriale, chiar şi local sub formă de badijonări, 0.15 : 5 cm^3 apă) şi iod (Na iodat 10—15 : 200 apă, 3 linguri la zi), iar în caz de nefrită (repaus, regim declorurat şi hipoazotat), enterită şi exantem (inj. de thiosulfat de Na 10%) cu Neos., Bi. sau Iod, dar numai după vindecarea lor. Reluarea tratamentului mercurial se va face după săpt.—luni de zile (după gravitatea cazului) cu pre-

parate solubile; în caz de accidente foarte grave (enterocolite ulceroase, stomatite ulceroase etc., glomerulo-nefrite, eritrodermii) e mai bine să renunţăm complect la Hg;

d) *Iodul* — accidentele sunt datorite în cea mai mare parte preparatelor anorganice (ioduri) şi se manifestă de obicei prin erupţii cutanate (edeme ale feţei, acnee iodică, iodite buloase şi vegetante), tulburări gastrointestinale (dispepsii), coriză iodică şi eventual — f. rar — printr'un sindrom hemoragipar. Preparatele organice sunt în general bine suportate. In caz de accidente iodice sistăm aplicarea iodului, continuând tratamentul cu Neos., Bi sau Hg. Iodul se poate relua, după trecerea fenomenelor, sub formă de preparate organice (Sajodin, Dijodyl, Collo-Iod, etc.), dacă accidentele n'au fost prea grave şi există indicaţiuni importante pt. iod.

2. **Afecţiuni organice nonsifilitice.**

Existenţa unei organopatii la un bolnav, care trebue supus unui tratament specific, ne impune o conduită terapeutică corespunzătoare. Vom aminti câteva afecţiuni mai importante, cari recer o modificare adecvată a tratamentului.

a) *Afecţiunile aparatului cardio-vascular.* Cardiopatiile necompensate, miocarditele grave, anevrismele, hipertensiunile mari, arterioscleroza înaintată exclud tratamentul arsenical, mai ales pe cel intravenos. Medicamentele de predilecţie sunt bismutul şi iodul; se pot aplica şi preparatele mercuriale solubile (Salyrgan, Novasurol Novurit), cari sunt în acelaş timp şi diuretice excelente.

In cardiopatiile compensate putem aplica — cu precauţie — orice medicament, chiar şi Neos.; să nu depăşim însă doza de 0·30—0·45 şi să întrerupem tratamentul la cel mai mic semn de insuficienţă circulatorie.

b) *Afecţiuni pulmonare.* Tuberculoza pulmonară gravă, cu hemoptizii constitue o contraindicaţie pt. arsenic şi iod; se va aplica Bi. Cazurile mai uşoare nu exclud arsenicalele şi nici iodul; putem injecta chiar şi Neos., trebue să fim însă foarte precauţi, iar bolnavul mereu sub observaţie. In caz de alte afecţiuni pulmonare (astm, bronşiectazie, etc.), trebue să avem în vedere starea generală, dar în special starea cordului pt. a ne decide asupra tratamentului de administrat.

c) *Afecţiuni hepatice* (ciroze, etc.) Bismutul, iodul şi eventual mercurul sunt medicamente pe cari le putem aplica la hepatici. Arsenicalele sunt în general proscrise.

d) *Afecțiuni gastro-intestinale.* Amintim ulcerul gastric, care poate da loc la hemoragii în urma Neosalvarsanului, acesta trebue deci evitat; se poate încerca însă arsenoterapia intramusculară.

e) *Afecțiuni renale.* La nefritici tratamentul specific se execută cu Bi și Iod; mercurul trebue evitat, asemenea și arsenoterapia intravenoasă; în cazurile mai ușoare putem încerca administrarea intramusculară a arsenicului, firește pe lângă un control riguros al funcțiunei renale.

3. **Maladii febrile intercurente** (pneumonii, angine, gastro-enterite etc.); tratamentul specific se suspendă până la vindecarea boalei.

II. **Stări fiziologice.**

1. **Graviditatea.** Sifiliticele trebuesc tratate în mod energic în timpul graviditățit; e cel mai bine să aplicăm serii arseno-bismutice (6 gr. Neos + 12 Bi) în tot timpul graviditățti, lăsând între ele pauze scurte, de 4 săptămâni. Ca minimum de tratament la o gravidă se pot accepta două serii As-Bi intense, prima fiind începută înaintea lunei IV. Copiii femeilor astfel tratate sunt deobicei sănătoși; cu toate acestea e bine să le administrăm câteva serii de siguranță în primii doi ani.

2. **Vârsta.**

a) *Copii.* Sifilisul ereditar sau cel câștigat al copiilor se tratează după metoda Neisser-Fournier, printr'un tratament cronic intermitent. Medicamentele, cari se pot aplica la copii, sunt următoarele: dintre preparatele arsenicale se poate da în primul rând Neosalvarsanul (în sinusul longitudinal, venele temporale sau jugulare) și anume în primii doi ani de viață cam 0,02 gr., iar mai târziu numai 0,01 gr. pe Kg. de greutate; astfel la 6 ani dăm aproximativ 0,15, la 12 ani 0,30, iar între 12—18 ani 0,30—0,45 gr. ca doză maximă. Mai simplă este administrarea Myosalvarsanului (dozare ca la Neos.), care se dă intramuscular; tot așa și Solusalvarsanul, care se injectează în primii doi ani în doze de 0,25—1,5 cm.^{3}, între 2—6 ani 0,5—2 cm.^{3}, între 6—12 ani 1—3 cm^3., iar între 12—18 ani 2—5 cm^3. Amintim încă Sulfarsenolul și Zinc-Sulfarsenolul, cari se pot administra intramuscular, subcutanat și intravenos, dând ca doză maximă aproximativ 0,01 gr. pe Kg. de greutate. Dozajul preparatelor bismutice este următor: în primii doi ani doza obișnuită este cam $^1/_{10}$, între 2—6 ani $^1/_0$—$^1/_4$, între 6—12 ani $^1/_4$—$^1/_2$, iar după aceasta vârstă $^1/_2$—1 din doza de adult. Dintre produsele mercuriale se aplică de unii autori calomelul 0,001 gr. pe Kg. de greutate (suspensiune oleioasă 20%),

de alţii sublimatul (metoda Linser) tot cam 0,001 gr. pe Kg. de greutate (sol. apoasă 1%). Desigur că putem aplica şi doze corespunzătoare de Salyrgan sau Novasurol: în primii doi ani 0,2—0,3 cm.^{3}, la 6 ani 0,5 cm.^{3}, la 12 ani 1 cm.^{3}, iar mai târziu 1—2 cm.^{3} i. v. sau i. m. Amintim încă frecţiunile mercuriale, cari au însă multe neajunsuri (colorarea albiturilor, iritaţiuni cutanate).

In ce priveşte modul tratamentului la copii mici, putem aplica serii mono-medicamentoase arsenicale, bismutice sau mercuriale alternante, sau mai bine serii combinate As-Bi sau As-Hg. Se vor administra două injecţii la săptămână, la un tratament monomedicamentos 2 inj. de As, Bi sau Hg (total 14—18), iar la un tratament combinat o inj. de As şi una de Bi sau Hg (total 12 As + 12 Bi sau Hg). La copiii mai mari, dela 8—10 ani putem trece apoi la forma obişnuită a tratamentului specific, adică 2 zile de tratament la săptămână, făcându-se totdeauna câte o injecţie de As şi Bi resp. Hg.

Se înţelege dela sine, că la copii în timpul tratamentului trebue să supraveghem şi mai strict diversele funcţiuni organice (gastro-intestinale, renale, etc.).

In sfârşit amintim încă Spirocidul (Stovarsol, Prévarsyl, etc.), un preparat arsenical pentavalent, care se administrează pe gură şi pe care unii autori îl aplică foarte mult la copii. Spirocidul se dă sub formă de tablete, de atâtea ori 0,01 gr. la zi câte Kg. are copilul. Il prescriem de obicei în mici serii de 3—5 zile, lăsând între ele pauze de 3—5 zile; o serie complectă cuprinde cam 0,25 gr. pe Kg. de greutate.

b) *Bătrâni.* Se recomandă o deosebită grije în aplicarea arsenicalelor, în special a Neosalvarsanului: după 50 ani să nu se injecteze mai mult de 0,45 gr., iar după 60 ani să se evite complect; asemenea şi preparatele mercuriale insolubile.

B) **Surse rezistente de spirocheţi.**

Prin surse arseno, bismuto sau mercurorezistente de spirocheţi înţelegem soiuri de spirocheţi rezistenţi faţă de arseno, bismuto resp. mercuroterapie; aceşti spirocheţi provin dela persoane insuficient tratate cu medicamentul respectiv. Rezistenţa nu este un caracter definitiv al spirocheţilor, ci ea dispare dacă aplicăm o serie cu un alt medicament (de ex. Bi în caz de arseno-rezistenţă, Hg în caz de bismuto-rezistenţă, etc.). Rezistenţele se observă aproape exclusiv atunci, când — din diferite motive — suntem siliţi să administrăm un tratament monomedicamentos; în caz de tratament combinat, ele sunt excepţionale (polirezistenţe). Din punct de vedere clinic rezi-

stența se manifestă prin persistența leziunilor sifilitice sau prin apariția leziunilor noui chiar în timpul tratamentului. Procedeul de urmat este schimbarea medicamentului, eventual asocierea tratamentului specific cu autohemoterapie, piretoterapie, sulf (inj. de oleu sulfurat), regim declorurat, diuretice, etc.

C) **Forme și localizări speciale ale infecției sifilitice.**

1. **Sifilis malign precoce**; e o formă gravă a sifilisului secundar, caracterizată prin atingerea gravă a stării generale și prin apariția numeroaselor leziuni cutanate ulcero-crustoase (rupii); de multe ori și RW. e negativă. In ce privește tratamentul trebue să știm următoarele: prima serie sau cel puțin prima jumătate a ei s'o facem numai cu Neosalvarsan, începând cu 0,15 și trecând încet la 0,45—0,60; bismutul se adaugă deci mai târziu. Mercurul în general nu se folosește, exceptând cazurile — de altfel foarte rare — când leziunile sunt rezistente la Neos.; la astfel de bolnavi e mai bine ca timp de 10—14 zile să nu administrăm decât calomel (pe gură) în doze mici, decoctul lui Zittmann sau tabl. Zittmannin și numai după acest timp să reîncepem injecțiile.

La bolnavi, cari prezintă această formă a sifilisului, trebue să ne îngrijim și de ameliorarea stării generale (băi, masaje, alimentație bună, etc.).

2. **Sifilisul organelor interne** — amintim numai cazurile cari necesită modificarea tratamentului specific.

a) *Cardiopatii sifilitice* (manifestațiuni precoci, secundare: miocardite; manifestațiuni tardive tertio-quaternare: miocardită, insuficiență aortică, aortită, pericardită); pe lângă digitală, Strofantin, etc. — dacă sunt necesare — administrăm și un trat. specific: Bi, Iod și diuretice mercuriale (Salyrgan etc.). La aortici se poate administra și arsenic, chiar și Neos. 0,15—0,45.

b) *Hepatopatii sifilitice* (manifestațiuni precoci: icter și atrofie galbenă; tardive: ciroză sifilitică, formă gomoasă și interstițială, Pseudo-Banti sifilitic cu splenomegalie). Tratamentul se face în principiu cu Iod și Bi, eventual Hg; preparatele arsenicale numai în cazurile ușoare, pe lângă un dozaj precaut și controlul bilirubinemiei.

c) *Nefropatii sifilitice* (precoci: albuminurie pasageră, nefroză și f. rar glomerulo-nefrită; tardive: nefrite gomoase și interstițiale). Diagnosticul e de cele mai multe ori foarte dificil. Medicamentele de predilecție sunt bismutul și Iodul, Hg trebue evitat. Preparatele arsenicale se vor aplica — cel mai bine după un tratament pregătitor cu Bi și Iod — cu o deosebită grijă; astfel Neosalvarsanul se

va injecta la început în doze mici, 0,05—0,10, disolvat în calciu, controlând zilnic urina. Dacă observăm regresiunea fenomenelor patologice — dovada originei sifilitice a nefropatiei — putem mări dozele încetul cu încetul.

3. **Sifilisul nervos** (manifestaţiuni precoci, secundare: cefaleele, paralizii ale n. craniani, meningite, fenomene medulare, ca radiculite, pareze, tulb. de reflexe, etc.; manifestaţiuni terţiare: sifilis cerebral şi medular şi accidente quaternare: tabes şi paralizia gen.). Tratamentul se execută cu As, Bi, Hg şi Iod, trebue să avem însă în vedere două fapte; în primul rând malarioterapia, care dă rezultate admirabile mai ales în paralizia gen., iar în al doilea rând arsenicalele pentavalente (Solvarsin, Stovarsol sodic, etc.), cari par a avea o acţiune electivă asupra sifilisului nervos (atacă nervul optic, deci control oftalmologic în cursul tratamentului). Malarioterapia se face în modul următor: aplicăm o jumătate de serie As—Bi (3—4 gr. Neos + 5—6 inj. de Bi) sau numai Bi (10—12 inj.), inoculăm malaria (8—10 accese), o cupăm cu chinină şi continuăm tratamentul arsenobismutic. In cazurile, unde — din diferite motive — nu putem aplica malarioterapia, se va recurge la o piretoterapie cu Dmelcos, Pyrifer, Neosaprovitan. Se înţelege dela sine că înainte de a proceda la o malarizare, trebue să cerem avizul unui internist.

4. **Sifilisul organelor simţurilor** — numai sifilisul ocular reclamă o atenţie specială; se recomandă aplicarea cianurei de Hg. căreia oftalmologii îi atribue o acţiune aproape specifică şi evitarea arsenicalelor pentavalente (n. optic!).

5. **Sifilisul cu RW. ireductibilă.** Dacă la un sifilitic după 4—5 serii intense, combinate RW. nu se modifică în mod remarcabil, vorbim de un sifilis cu RW. ireductibilă. In astfel de cazuri — presupunând că tratamentul a fost ireproşabil executat — înainte de toate trebue să ne asigurăm, dacă nu există vreo localizare viscerală, dar mai ales nervoasă latentă a infecţiei sifilitice. Dacă un examen minuţios clinic şi de laborator nu poate decela nici o astfel de localizare, rămân două posibilităţi: *a)* existenţa unui sifilis latent, încă virulent, „sommeilante", fără localizare, care evoluiază deobicei spre un sifilis nervos şi *b)* pozitivitatea este datorită, după cum susţin numeroşi autori, unor mecanisme nonsifilitice: *α)* Tulburări umorale complexe nonsifilitice, cauzate de obicei de o colesterinemie (tulburări digestive, hepatomegalie, colesterină între 2,10—3,50 gr.). Administrând apă de Vichy, benzoat de Na, regim, colesterinemia va scădea şi odată cu ea trebue să se negativeze şi RW.; *β)* Prin cure prea intense, repetate s'ar putea produce o RW.

ireductibilă; trecând la un tratament de întreţinere (cu Bi sau Iod) pozitivitatea dispare; γ) Fără sifilis activ ţesuturile continuă să secrete printr'un fel de obişnuinţă, anticorpi; nu e demonstrat.

Ce este de făcut în toate aceste cazuri? In caz de sifilis nervos sau visceral vom face trat. recerut de localizarea respectivă. Dacă e vorba de un sifilis latent fără localizare vom putea adăuga la cele 4 medicaţiuni fundamentale: autohemoterapie (10—12 inj. în zilele de Bi), piretoterapie (proteine, Dmelcos, Pyrifer, Neosaprovitan), malarioterapie, auroterapie (Aurophos, Lopion, Triphal, Solganal B. etc.), balneo-terapie (băi sulfuroase şi sulfuro-cloruro-sodice), sulf sub formă de injecţii (ol. sulfurat), Decoctul lui Zittmann, tabl. Zittmannin, regim declorurat, opoterapie, diuretice. Dacă nici acestea nu dau rezultat, nu trebue să perzistăm într'o terapie intensă, ci vom trece la un tratament de întreţinere, făcând anual 3—4 serii de Bi, Iod sau Hg.

CHINOIN·S·A·

Contra guturaiului

ANARA

conţine α-phenil β-aminopropan ca substanţă activă al cărei vapori vin în contact intim cu mucoasa nazală inflamată şi tumefiată.

Efectul „ANAREI", care se bazează pe o vaso-constricţie, durează câteva ore.

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S·A· BUCUREŞTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

Spitalul Public Sibiu.
Serviciul chirurgical: Medic primar-Director Docent Dr. Octavian Filipescu.

Perforaţiile bazale în apendicitele acute

de **Baca Emil.**

Studiul apendicitei acute perforate formează unul din cele mai importante capitole ale chirurgiei abdominale. Apendicele reclamă în raport cu restul organelor abdominale cele mai multe intervenţiuni chirurgicale.

In articolul de faţă nu mă voi ocupa nici de apendicitele acute, nici de diagnosticul lor diferenţial, ci mă voi mărgini pur şi simplu la prezentarea tabloului abdominal în legătură cu un caz de perforaţie la baza apendicelui în urma unei crize acute.

In primul rând îmi voi permite, pe scurt, a arăta foaia de observaţie: bolnava D. H. în vârstă de 17 ani, se prezintă în serviciul nostru cu dureri abdominale localizate în hipogastru. In antecedentele heredo-colaterale nimic important. In antecedentele personale: menstruaţia regulată dela vârsta de 14 ani, la vârsta de 8 ani a suferit de scarlatină. In urmă cu doi ani a avut un punct dureros abdominal drept — deobiceiu în perioadele de constipaţie şi menstruaţie. De un an însă n'a mai avut nici o jenă în regiunea apendiculară. In urmă cu 8 ore, a survenit o criză abdominală atroce, fiind chemat un medic, în grabă, i s'a făcut indicaţia de a-i administra un purgativ şi comprese calde pe abdomen — făcându-i-se în acelaş timp o injecţie de pantopon. Cazul acesta s'a petrecut noaptea — dimineaţa prezentându-se bolnava, la examenul obiectiv, am constatat următoarele: *O balonare a peretelui abdominal mai pronunţată în hipogastru, la palpare, o apărare musculară pe întreg abdomenul cu accentuare iarăşi pe etajul inferior şi cu maxim de rezistenţă în regiunea suprapubiană. Tuşeul rectal permite a constata o bombare a Douglasului cu o sensibilitate exagerată. In regiunea ileo-cecală nu se poate constata un maxim de punct dureros.* I se face leucocitoza, care ne dă 18.000.

In baza acestui cortegiu simptomatic se pune diagnosticul de apendicită perforată cu peritonită generalizată. Se face intervenţia. *La deschiderea cavităţii abdominale, se scurge un lichid sero-purulent*

cu miros fecaloid. Apendicele e în poziţie pelviană, lungă 8—10 cm., foarte uşor hiperemiat, seroasa violacee, acoperită cu false membrane fibrinoase. Iar la nivelul implantaţiunii apendicelui în cec se constată o perforaţie de mărimea unui bob de linte. Douglasul e plin cu lichid sero-purulent fetid, care se drenează cu un tub de cauciuc şi meşe.

De remarcat însă şi lucru extrem de important, că în faţa acestui tablou abdominal, în care, apendicele e aproape normal şi totuşi avem o peritonită generalizată în mai puţin de 8 ore, putem să ne dăm seama de gravitatea perforaţiilor bazale apendiculare. *Producerea şi gradul de intensitate al apărării musculare în cazul nostru a fost cu mult mai mare decât în apendicitele gangrenoase sau în cele perforate la vârf. Imi permit a remarca explicaţia în cazul descris, la care perforaţia fiind la nivelul inplantaţiunii apendicelui în cec, epiplonul şi organele alăturate perforaţiei, n'au avut posibilitatea de a bara procesul supurativ. Virulenţa florei microbiene e cu mult mai mare în cec decât în lumenul apendicular fapt care s'a manifestat prin tabloul alarmant al peritonitei generalizate, instalate brusc. In perforaţiile de pe traectul apendicular există posibilitatea mai reală a unui baraj mai oportun, iar pe de altă parte nici flora bacteriană nu este atât de variată şi bogată ca în cec.*

In cazurile de formare a unei mase fibrinoase purulente în jurul apendicelui, în cazul perforaţiunei în corpul apendicular, ne dă necondiţionat o reacţie manifestată prin defensă musculară, cu localizarea sensibilităţii maxime în jurul punctului lui Mac-Burney, ca rezultat al împiedecării inundaţiei atât de brusce a peritoneului, — *lucru ce nu l-am putut constata la cazul nostru, unde durerea maximă era în regiunea pelviană şi dacă împrejurările nu ne favorizau, de a avea o pacientă virgo, cu toată certitudinea făceam o eroare de diagnostic, gândindu-ne în acelaş timp la o pelviperitonită.*

Deci în cazul nostru am avut o apendicită acută perforată la bază, la care a contribuit în măsură covârşitoare administrarea purgativului şi a căldurii, cari au excitat peristaltismul intestinului subţire, în timp ce intestinul gros era încărcat cu materii fecale în urma constipaţiei. O accentuare a presiunii interne din cec şi apendice, a dus la perforaţia peretelui apendicular bazal alterat.

Câteva cazuri tratate anterior cu purgative şi ajunse ulterior în serviciul nostru, unde s'a intervenit de urgenţă, ne-au făcut să ne gândim serios la această problemă de terapeutică chirurgicală.

Astfel ne facem o datorie de a expune mai jos şi câteva păreri de altfel cunoscute, ale unor celebrităţi medicale. Părintele chirurgiei

ardelene, marele măestru prof. Iacobovici arată că apendicitele acute la cari procesul perforaţiei a fost accelerat de administrarea vreunui purgativ devine o varietate clinică, după Dieulafoy aşa numita apendicită toxică, care lăsată să evolueze, individul sucombă cu fenomene de septicemie în 24 ore şi această formă de apendicită e cea mai perfidă, unde expectaţia este egală cu condamnarea la moarte.

După Gerota: nu există tratament medical al apendicitei, iar medicii internişti cari recomandă purgativele şi medicamentele ca tratament exclusiv al apendicitei, aceştia devin din ce în ce mai rari. Argumentele lor precum şi lipsa de probe materiale a pretinselor vindecări ale apendicitei numai cu purgative, fac ca statistica acestora să sufere cea mai severă critică şi să nu poată sta alături de probele aduse de chirurgi şi anatomo-patologi. A prescrie purgative oricărui bolnav cu simptome acute de apendicită, însemnează să expunem pe bolnavi la agravarea simptomelor şi la riscul peritonitei.

M. Chalier spune că o apendicită acută diagnosticată, necesită neapărat intervenţia de urgenţă şi orice întârziere în scopul vreunui tratament medical ne duce la rezultat fatal.

Apendicectomia în ziua de azi, faţă de mijloacele chirurgicale de cari dispunem, foarte simplă ca tehnică, constitue o operaţie absolut inofensivă mai ales că e vorba de un caz privilegiat în chirurgia abdominală, fiindcă avem de a face cu un organ inutil al cărui suprimare nu comportă nici o consecinţă supărătoare.

De aceea datoria tuturor medicilor este de a menţine strict punctul de vedere al operaţiunei de urgenţă la apendicitele acute, iar purgaţiunea în tratamentul apendicitei trebue riguros prescrisă fiindcă e dăunătoare şi neraţională. Este neraţională deoarece nu se poate vindeca apendicita prin tratamentul medical şi dăunătoare pentrucă expun bolnavii la complicaţiuni: perforaţii şi peritonite generalizate.

In concluzie îmi permit a arăta două puncte de vedere:

1. *In perforaţiile bazale apendiculare invazia conţinutului microbian în cavitatea abdominală se face cu mai mare uşurinţă în mod brusc şi pe o întindere mult mai mare, deoarece nu întâmpină barajul epiploic.*

2. *Flora microbiană revărsată din cec e cu mult mai virulentă şi mai variată, dându-ne astfel peritonite generalizate în decurs de câteva ore.*

Cardiazol-Efedrină

«Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu alterațiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de bradicardie sau hipotonie, bronchită astmatică, emfizem,

combate insuficiența circulației,

dă rezultate foarte bune la colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradicardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine, minus-decompensație, intoxicații, ca profilactic înaintea narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 gr.
10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1 cm³, ambalaj original cu 6 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Ca doză medie se dă de 2–3 ori pe zi câte 10–20 picături, sau câte ½–1 tabletă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1–2–3 fiole pro die. Administrarea intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, BUCUREŞTI III

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic şi analgetic la dureri provenite din spasme

Indicaţiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului şi duodenului,

spasme — urmări ale unor operaţii gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreţiune (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale şi vezicale,

constipaţiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăţi.

Lichid (soluţie 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm^3
(1 cm^3 conţine 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăţi.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puţin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi 1/2–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi 1/2 fiolă.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.

Produse chimico-farmaceutice

str. Atena 29, Bucureşti III

Metoda Röder şi operaţiunile pe amigdale

de **Dr. Mircea Suciu-Sibianu**
dela Ambulatorul policlinic, Braşov.

Să reîmprospătăm mai întâi teoriile mai vechi, cari s'au emis asupra rolului amigdalelor în organism.

1. Teoria completei inutilităţi susţinută mai ales de Brüning celebrul laringolog din Greifswald şi Denker din Halle (cu care am avut onoarea să lucrez în anul 1923) asemănând amigdala cu apendicele şi natural în consecinţă de acord cu autorii americani sunt partizani ai unei operaţiuni totale deci amigdalo sau tonsilectomii în loc de tonsilotomii;

2. Teoria protecţiunii (Goodale, Goerke, Lexen) susţinând rolul de protecţiune ce ar reveni amigdalelor servind ca poartă de apărare contra diferitelor infecţiuni;

3. Teoria secreţiunei interne susţinută de Caldera, care însă n'a putut aduce vreo probă experimentală în susţinerea tezei sale, căci injecţiunile cu extracte amigdaliene pe animale au rămas fără rezultat;

4. Teoria hematopoiezei (Stöke, Retterer, Wood) atribuind amigdalelor un rol important în producerea globulelor roşii;

5. Teoria vestijelor embrionare (Faulkner, Hagemann) considerând amigdalele ca un vestij embrionar al organelor respiratorii;

6. Teoria imunităţii susţinută de Sluder, care a şi imaginat un renumit aparat de tonsilotomii fiind duşman al tonsilectomiilor, căci atribue amigdalelor un rol imunizant desvoltând prin bacteriile reţinute în criptele lor anticorpi;

7. Teoria eliminaţiunei susţinută de Henke, care atribue amigdalelor un rol de filtru de curăţire a organismului de diferite autotoxine.

Practicianî celebrii ca d. ex. Laurens-Paris nu se pierd de loc în aceste teorii şi operează ori de câteori au de a face cu amigdale *obstruante*, împiedecând vocea şi respiraţia — *sau infectante* — dând deseori abcesele şi phlegmoanele amigdaliene şi paraamigdaliene

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII"

sau amigdalele, cari dau turburări la distanță d. ex. otite, văjăeli de urechi, accidente laringo-tracheale, enterite și apendicite, sau afecțiunile reumatismale.

Nici acest axiom al practicienilor, cari păreau a se fi fixat asupra principiului amigdalotomiei la copii și amigdalectomiei la adulți — ca toate regulile de matematică cari se încearcă să fie aplicate în medicină nu rămâne în picioare. Hiss referează în M. M. V. în 1914 de 14 cazuri de tonsilectomizați pentru reumatism la cari însă numai în 3 cazuri s'a putut observa un succes. Halász din Budapesta referează despre „Pharingitis tonsillopriva" — adică o pharingită compensatoare în urma tonsilectomiei, care dispare în urma injecțiilor cu extract de tonsile, iară la copiii tonsilectomizați toți autorii au putut observa desvoltarea de insule amigdaloide compensatoare în naso-faringe.

In mijlocul acestor îndoieli se ridică un modest medic din Elberfeld (Germania) Heinrich Röder — născut la 1866 în Dortmund promovat medic la 1892 în München — apoi asistent câțiva ani la Hamburg, Marburg, Halle, Bonn și Heidelberg și la 33 ani se stabilește ca practician la Eberfeld. In 1918 moare în etate de 52 ani în urma unei hemoragii intestinale cu cuvintele ultime pe buze: *„Sorgt für mein Werk"*.

Care era această operă a lui? Un lucru extrem de simplu: o aspirație a amigdalelor. Da zice cineva cum pentru asta merită să vorbești de metoda Röder? Dar n'au văzut milioane de oameni înaintea lui James Watt, cum aburul ridică coperișul unei oale?

In 1912 i se prezintă lui Röder — specializat în boli interne și de nervi o pacientă care se plângea de mirosul rău al unor secrețiuni din amigdale. Neavând altceva la îndemână ia de pe masa sa micul aspirator Bier pentru furuncule îl aplică cu succes și această experiență fu punctul de plecare al metodei ce-i poartă numele. Când în 1918 își publică în *„Med. Biol. Zeitschrift"* studiul său „Naturgemässe Mandelbehandlung — medicina oficială nu se sesizează de loc — dar internistul institutului de marină fu trimis la Elberfled pentru a studia metoda. De atunci a început să pătrundă tot mai mult și în cercuri tot mai largi mai ales susținută nu de clinicele universitare, cărora nu le convine prea mult o metodă ce ar scădea numărul celor operați — ci de aceleași cercuri medicale, *cari consideră apa, aierul și soarele, abstinența de alcool* și tutun, reîntoarcerea la credința religioasă a *străbunilor și azi ca cele mai bune arme terapeutice.* In fruntea lor stă Otto Büchinger din Hanovra. U. Bergmann referează de 3000 de cazuri de stigmatizați vegetativi

cari tratați dealungul unei perioade destul de lungi de 15 ani cu metoda Röder a putut obține rezultate excelente.

Röder reluă experimentul lui Henke — din Königsberg, cel cu teoria eliminațiunei — amintit deja în cursul acestui articol și injectând tuș chinezesc în mucoasa gingivală și pituitară — îl regăsi în amigdale — aducând dovada, că amigdalele sunt organe de excreție pentru limfa de prisos, care apoi înghițită prin mișcările involuntare și inconștiente de deglutițiune servește în stomah la așa numita a doua mistuire.

Röder fu primul care enunță cu curaj principiul, că amigdala nu este poarta de intrare, ci poartă de ieșire. „*Nicht Eintritts sondern Austritts-pforte*“ și ceea ce observăm noi pe amigdale în scarlatină septicemii difterice etc., este același fenomen comun de eliminare a toxinelor manifestat prin vomismente, diaree, transpirații, exsudate și transudate, abcese și oedeme.

Așa se explică universalitatea metodei Röder cere se aplică cu succes, în t. b. c., ecsemă, peritonite, artrite, epilepsii, otosclerose, akne, Bazedow, Tabes, dureri fascinante, Reuma, sepsis, Ischias, nefrite, neurite, incontinețe urinare etc.

Metoda are următoarele 4 acte:

Actul I. *Aspirațiunea masantă*, puternică cu aspiratorul Röder de diferite mărimi. In pâlnia aspiratoare a tubului de sticlă se pune puțină vată muiată în apă oxigenată, ca ceea ce absorbim să se poată lesne elimina din tub.

Actul II. *Masagiul cu degetul armat cu vată* aplicând bine degetul pe suprafața ambelor amigdale.

Actul III. *Masagiul cu sonda Röder a rino-faringelui.*

Actul IV. Introducerea de sonde armate cu vată muiată în ser fiziologic în ambele meate inferioare.

Actul I. și II. se înțelege dela sine din însăși teoria metodei. Actul III. este menit să constitue ceea ce se chiamă „Reizterapia“ hipofizei. Amigdala faringiană și hipofiza sunt surori din punct de vedere ontologic. Deci actul III de masagiu al rino-faringelui influențează prin lobul anterior al hipofizei corpul tiroid, capsulele suprarenale — și ovariile, prin lobul posterior micșorează activitatea glandelor salivare, mărește pe cea a ficatului, accentuiază contracțiunile vezicei biliare și peristaltica intestinală, mărește diureza, lactația, regulează tonusul capilarelor. Dar hipofiza fiind în legătură și cu centrul intracerebral, acest act al III-lea are o bună influențare asupra regulării temperaturii, a zahărului și a sărurilor în sânge, a tensiunei arteriale, a metabolismului bazal, a centrului respirator,

albuminic şi de sete, precum şi a activităţii glandelor sudoripare, apoi centrul osmotic, de clor, de grăsime, centrul foamei, al creşterii, a circulaţiunei. Aici se găseşte şi mica epifiză numai de 22 centigrame — sediul vechi al funcţiunilor sufleteşti după Descartes, dar aici ne oprim, căci alunecăm înspre supranatural.

Prin actul IV. influenţăm trigemenul şi astfel medula oblongata cu toate centrele reflexelor, aşa de variate.

Aici întâlnim o răspântie întreagă de nervi importanţi, în afară de trigemen — simpaticul, olfactoriul, plexul hipogastric aşa, că nu e mirare că acest al IV-lea act din metoda Röder desvoltat independent de medicul spaniol *Asuero* a dus la aşa de actuala chestiune a Reflexo-terapiei nasale — răspândite în Franţa de doi mari medici Bonnier şi Leprince. Pentru ca să înţelegem legitimitatea celui de al IV-lea act din metoda Röder e mai bine să împrospătăm după Bonnier şi Leprince principiile reflexoterapiei.

Rendu a transformat recent acest act III. din metoda Röder în act independent în toate adenoiditele prelungite — făcând însă masagiul cu degetul cu aşa succes încât Michon în Prese Medical 1929 vorbeşte de *„Doigt providentiel"* apărut în „L'avenir medical" Febr. 1930:

zona I. pulmonară: capul cornetului mijlociu pentru rhume de foins, astma bronchică, emfizem;

zona II. pelviană: capul cornetului inferior: incontinenţă de urină, metroragii, amenoreie, hemoroizi, impotenţă;

zona III. digestivă: treimea de mijloc a cornetului inferior corăspunzător plexului solar hepatic şi mezenteric: enterite, diareie, constipaţii, diabet;

zona IV-a cervicală: coada cornetului inferior — influenţând prin ganglionul cervical superior favorabil ameţelile, anxietatea, afecţiuni auriculare.

Von Halle descrie în legătură cu metoda Röder, cazuri de colici hepatice, spastice intestinale, dismenoree — vindecate întâmplător când trata cu diatermie acnea rozacee a nasului (vorbind de Rezonanz-Wirkung im Vegetativen Nerven-Sistem la alţi 6 pacienţi dispar dermatozele 3 acnee, 1 Herpes, 1 Uriticarie, 1 Quinke.

Buchinger adaogă, că dacă mai ales la diateza urică metoda Röder este acompaniată de o cură de foame completă de 2—3 săptămâni, rezultatele sunt aşa de frapante încât toate staţiunile din ţară şi străinătate nici nu se pot cel puţin apropia de aceste rezultate. Metoda Röder singură i-a dat rezultate excelente în angine, predispoziţiuni la gripe şi răceli, Bazedou, Lumbago, Ischias, pleu-

ritide, neuroze cardiace, colici de stomac, dismenoree, nevralgii şi la copii slabi vegetativi.

Dar încă astfel de concepţiuni îşi fac greu drum, căci medicina clasică este greoaie. A trebuit însă totuşi să capituleze în faţa evidenţei după cum a trebuit să accepte d. ex. cura de mere rase în diarele, când până acum câţiva ani era o dogmă a medicinei în orice diarele: „*Zwiebak şi Schleimsuppe*". Te ia groaza când citeşti vechile diete pe cari le-am apucat şi noi în timpul şcolarităţii noastre ale lui Liebig-Voigt ca să iasă cel puţin 3000 de calorii pe zi şi pe deasupra vinul negru indispensabil, dar slavă Domnului azi s'a produs o înseninare prin cura de lapte a lui Karell, cura de struguri şi fructe, cura de cartofi, Trokenkur a lui Schrott, Rohkostul lui Bircher-Bennet. Coroana însă a tuturor acestor curi o formează cura de foame completă, care fiind cea mai bună cură de desintoxicare îşi face tot mai mult drum.

A mai suferit medicina clasică şi alte lovituri puternice. Nu trata până acuma decât materia, a revenit până la teoria dualismului-corp şi suflet şi când celebrul Hiss la 1905 ţinu necesară religiozitatea pentru preîntâmpinarea neurozelor medicina clasică se cutremură. Dar azi autori ca Jung, Krehl, Bier, Sauerbruch şi Abderhalden spun: „*Plus valet Christus, quam Hipokrates et Galenus*".

Rezultatele mele personale până acuma cu metoda Röder sunt îmbucurătoare — mai ales la pacienţii Casei Cercuale — unde operaţiunile s'ar executa mai greu — din cauza, că neavând spital şi sanatoriul neputând fi plătit ar trebui să operezi ambulant — ceea ce nu este totdeauna consult.

Când medicina naturalistă este în aşa progres în ţări străine încât ca d. e. în Germania, Elveţia găseşti la tot pasul institute naturaliste e bine să ne îmbogăţim şi noi arsenalul armelor naturaliste cu această nouă, simplă şi eficace metodă.

Dacă mi-e permis să-mi exprim un deziderat de încheiere ar fi, că m-aşi simţi extrem de fericit, dacă această comunicare a mea ar da curaj cuiva să înfiinţeze cu un ceas mai curând un mare institut naturalist, probabil mai desăvârşit dacă mai mulţi medici localizaţi l-ar crea — şi care să inaugureze la noi în ţară această direcţiune modernă a medicinei terapeutice, *căci procedee naturaliste fără medicamente şi fără operaţiuni alături de formula vitală: Soare, apă, dietă pentru corp şi credinţa pentru suflet sunt de cele mai multeori în stare să vindece mai perfect şi mai desăvârşit decât procedeele încâlcite şi încurcate ale medicinei şcolastice.*

Probleme de organizare sanitară şi profesională.

Problema specializării medicilor.

De **Dr. I. Stoichiţia.**

Deşi Legea sanitară şi de ocrotire sub imperiul căreia trăim este promulgată încă din Iulie 1930, deci aproape de 7 ani, totuşi mai găsim o serie întreagă de dispoziţiuni categorice şi prevederi în aceasta lege, care nu au fost încă niciodată aplicate, deşi prin aplicarea lor s'ar fi adus, incontestabil, un real serviciu sănătăţii publice.

Asemenea prevederi şi dispoziţii sunt şi cele privitoare la *specializarea medicilor.*

Problema specializării medicilor nu a fost reglementată prin nici o dispoziţie din legiuirile sanitare anterioare Legii din 1930, lăsându-se astfel un câmp larg interpretărilor abuzive şi unor procedări dintre cele mai arbitrare. Oricine se putea intitula „specialist" în oricare ramură a medicinei, necerându-se pentru aceasta nici un fel de stagiu sau diplomă şi astfel se explică faptul că un număr destul de mare de medici, au abuzat de titluri pe care nu le aveau, inducând în eroare publicul de bună credinţă şi prejudiciind în modul cel mai serios interesele specialiştilor calificaţi şi chiar prestigiul corpului medical.

Neexistând nici o dispoziţie legală restrictivă, decât doar conştiinţa şi onestitatea profesională, oricare tinăr absolvent al Facultăţii de medicină se putea intitula, fără nici o jenă, specialist în ramura care-i convenea, sau chiar în mai multe ramuri deodată, după cum o dictau aceasta interesele clientelei locale, sau după cum o hotăra fantezia fiecăruia. S'au văzut firme medicale — şi durere, că ele se înmulţesc zi de zi, — în care se arată că doctorul X sau Y este „laureat al facultăţii din Modena, Riga sau chiar Paris şi specialist în boale de piept, genito-urinare şi sifilis"; sau doctorul X „fost medic primar (Oberarzt) în Germania, chirurg, mamoş şi specialist în tratamentul diabetului", ori Dr. Y „fost intern al spitalelor

din Paris, Zürich, Berlin, etc. şi specialist în boli de copii, în bolile de stomac, în tratamentul reumatismului" şi uneori în plus mai vindecă şi impotenţa prin metode psihice sau electrice, etc. etc.

Exemple ar putea fi multiplicate la infinit; o plimbare pe străzile Capitalei sau ale oricărui oraş de provincie şi citirea firmelor medicale, unele de proporţii cinematografice, este mai mult decât edificatoare, precum tot edificatoare este şi citirea anunţurilor zilnice pe care le fac unii medici în presa cotidiană şi care la un loc ne dau o imagine reală de halul în care a ajuns reclama medicală din cauza lipsei unor sancţiuni severe şi a unei reglementări precise.

Pentru a pune capăt acestor abuzuri dăunătoare prestigiului corpului medical şi pentru a se pune o stavilă uzurpării de titluri prin nimic justificate, legea sanitară din 1930 prevede o serie de dispoziţiuni restrictive.

Privitor la reclama deşanţată şi compromiţătoare, sau introdus în lege dispoziţiile cuprinse în articolele 165—178 prin care se crează Colegiul Medicilor chemată să „controleze practica medicală şi să vegheze la păstrarea prestigiului corpului medical", iar pentru reglementarea folosirei titlului de „specialist", sau introdus dispoziţiile cuprinse în articolele 156, 158, 179 şi 180 din legea privitoare la specializare.

Nu ne vom ocupa în cadrele acestui articol de partea dată în atribuţia Colegiului Medicilor, ci ne vom mărgini la problema spinoasă şi nerezolvită încă a specializării medicilor.

Dacă legile sanitare anterioare nu cuprindeau referitor la aceasta problemă decât dispoziţiuni care reglementau condiţiunile şi modalităţile de concurs pentru ocuparea unor posturi de specialitate, lăsându-se o largă posibilitate de a se uzurpa în practica de toate zilele titluri de specialişti prin nimic justificate, Legea sanitară din 1930 reglementează destul de precis condiţiile şi modalităţile conferirei titlului de specialist în genere.

Astfel, articolul 156 din Legea sanitară spune:

„Nici un doctor în medicină cu drept de liberă practică nu se poate intitula specialist în vreuna din ramurile medicinei dacă nu îndeplineşte condiţiunile cerute de lege".

Aceeaşi lege în articolul 158 prevede: „Laboratoarele în care se practică radiologia nu pot funcţiona decât sub conducerea unui doctor în medicină, specializat în radiologie şi numai cu autorizaţia Ministerului".

Articolul 178 precizează: „Nici un medic nu se poate intitula specialist" în vreuna din ramurile medicinei, dacă nu are dreptul

de liberă practică a specialităţii. Diploma de specialist o acordă facultăţile de medicină; libera practică a specialităţii o acordă Ministerul".

Articolul 180 din Lege prevede: Regulamentele care vor fixa pe specialităţi durata stagiilor şi a cursurilor se vor alcătui de facultăţile de medicină şi vor fi uniforme pentru toată ţara".

In sensul dispoziţiilor cuprinse în aceste articole de lege, pentru ca cineva să se poată intitula „specialist" într'o ramură oareşicare a medicinei, trebue ca să dispună de un anumit stagiu, să fi făcut studii îndelungate în specialitatea respectivă; să dispună de o diplomă de specialist eliberată de facultatea de medicină şi să aibă dreptul de liberă practică a specialităţii acordat de către Ministerul Sănătăţii.

Se prevăd deci în lege o serie de condiţiuni precise cari trebuesc îndeplinite pentru ca cineva să se poată intitula specialist într'o ramură a medicinei. Şi este firesc ca să fie aşa. Titlul de specialist presupune o competenţă deosebită în domeniul respectiv, competenţă care nu se poate câştiga decât după studii aprofundate şi după o îndelungată practică în acel domeniu. A te intitula specialist fără îndeplinirea acestor condiţiuni înseamnă a înşela buna credinţă a publicului; a uzurpa pe nedrept un titlu şi a prejudicia prin aceasta asupra intereselor specialiştilor consacraţi cari îndeplinesc condiţiunile cerute de lege.

S'ar putea pune întrebarea, care pot fi aceşti specialişti recunoscuţi, întrucât până în prezent în lipsa regulamentului prescris de art. 180 nimeni nu a putut primi diploma de specialitate prescrisă de lege şi nici dreptul de liberă practică a specialităţii prevăzut în art. 179 din Legea sanitară?

Iată ce spune în această privinţă art. 550 din Legea sanitară: „Se recunosc ca specialişti în ramura lor de activitate:

a) Profesorii Facultăţilor de medicină;

b) Conferenţiarii aceloraşi facultăţi;

c) Docenţii în ramura care s'au abilitat;

d) Actualii şefi de secţie şi şefi de laborator ai institutelor de ştiinţă aplicată, şefi de lucrări şi asistenţi, cari au lucrat în continuitate într'o specialitate timp de cel puţin 4 ani după obţinerea titlului de doctor.

Actualii preparatori cu o vechime de 4 ani în specialitate, ca şi internii spitalelor din Paris, se pot supune examenului de specialitate fără nici un stagiu;

e) Medicii primari ai Eforiei Spitalelor civile, Spiridoniei şi oricărei instituţii sanitare, subvenţionată ori controlată de Stat şi al

cărei personal medical se recrutează după norme identice cu cele ale Statului;

f) Actualii medici secundari ai Eforiei Spitalelor civile, Spiridoniei, Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale și oricărei alte instituții, recrutați prin concurs și cu un stagiu de 4 ani împliniți".

Tot în această chestiune articolul 555, alineatul 4, 5 și 6 precizează: „Actualilor medici primari definitivi de specialitate, precum și celor cari rămân definitivi pe baza prezentei legi, li se acordă dreptul de liberă practică a specialității, fără alte condițiuni".

„Medicilor particulari cu o vechime de cel puțin 5 ani în specialitate, probând aceasta cu acte oficiale, li se recunoaște dreptul de liberă practică a specialității, fără ca acest titlu să le confere dreptul de a candida la concursul de clasificare sau la ocuparea unui post de specialitate.

„Toți ceilalți medici particulari cari doresc să li se recunoască o specialitate se vor adresa Facultății în circumscripția căreia profesează.

In sensul dispozițiunilor cuprinse în aceste 2 articole de lege, cari de altfel sunt articole transitorii cu efect limitat, se recunosc ca specialiști: Profesorii universitari; conferențiarii universitari; docenții, șefii de secție; șefi de laborator; șefi de lucrări și asistenții Institutelor de știință aplicată cu o vechime de cel puțin 4 ani în specialitate, precum și medicii primari de specialitate dela spitalele publice și medicii secundari recrutați prin concurs și cu stagiul de 4 ani împliniți. Se mai recunoaște dreptul de specialist, la promulgarea legii, deci în 1930 și medicilor particulari cari pot proba că la aceea dată aveau o vechime de cel puțin 5 ani în specialitatea pe care o profesează. *Toți ceilalți medici care doresc să li se recunoască o specialitate sunt îndrumați la îndeplinirea condițiunilor prevăzute în articolele 179 și 180 din Legea sanitară.*

Judecând situația în lumina dispozițiunilor cuprinse în articolele de lege mai sus enumerate și întrucât până în prezent facultățile de medicină încă nu au elaborat regulamentele prescrise de articolul 180 și în consecință nu au putut elibera nici diplome de specialitate, — numărul medicilor cari pot uza *în mod legal* de titlul de specialist ar trebui să fie cât se poate de redus. In afară de membrii Corpului didactic universitar; medicii primari și secundari enumerați în articolul 550 din lege și în afară de medicii particulari cari la data promulgării legii și-au valorificat avantajiile acordate prin alineatul 5 din articolul 550, *în conformitate cu legea, nici un alt medic nu ar mai avea dreptul la titlul de specialist.*

Ori numărul celor ce se intitulează „specialist" este în realitate cu mult mai mare, s'ar putea spune, este catastrofal de mare, deoarece la oraşe aproape că nu mai există decât medici specialişti, iar la ţară chiar o bună parte a medicilor sanitari se intitulează „specialişti" în una sau mai multe ramuri ale medicinei. Numărul specialiştilor şi pseudo specialiştilor creşte din zi în zi, în măsura în care se înmulţesc medicii şi în proporţie cu cerinţele publicului care se fereşte de medicii universali, căutându-se numai prin medici specialişti.

Situaţia aceasta tristă şi dăunătoare prestigiului corpului medical se datoreşte în primul rând faptului că neexistând încă un regulament de aplicare a dispoziţiilor din lege, regulament prescris în mod categoric de art. 180, Facultăţile de medicină nu pot elibera diplome de specialitate, iar medicii de bună credinţă nu au posibilitatea de a obţine titlul de specialist, decât pe calea concursului de clasificare pentru posturile cari devin vacante la institutele de asistenţă medicală. Consecinţa acestui fapt este că medicii particulari neputând obţine pe cale legală titlul de specialist, şi-l acordă cu dela sine putere şi de aici urmează numărul extraordinar de mare de uzurpare de titluri prin nimic justificate.

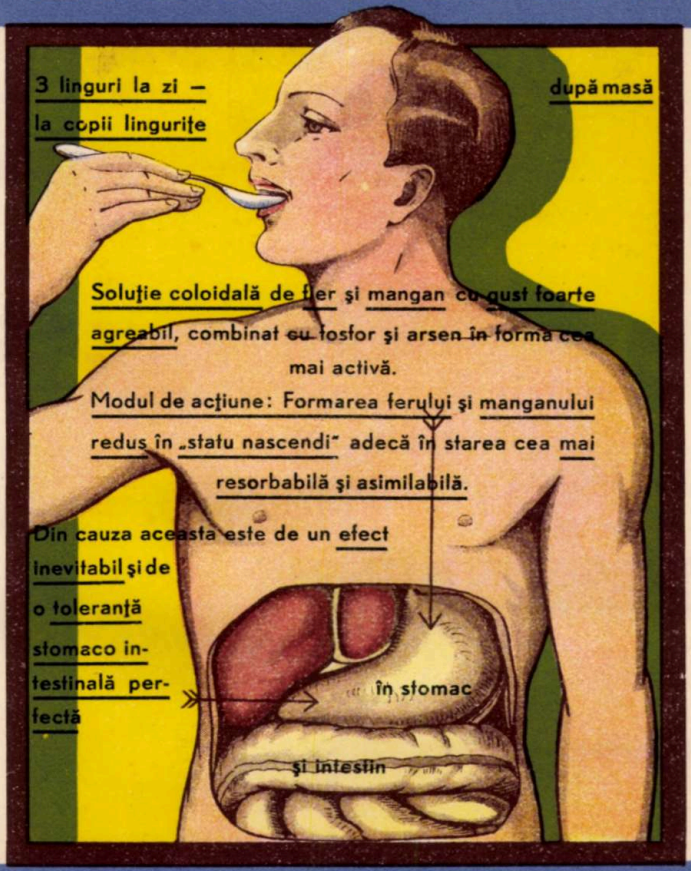
Dar se mai creează din cauza lipsei acestor regulamente şi o altă situaţie paradoxală.

Articolul 158 din Legea sanitară precizează condiţiunile pentru medicii cari doresc să conducă un laborator de radiologie. Lipsind regulamentul de aplicare, medicii nu pot obţine diploma de specialitate dela Facultatea de medicină prescrisă de lege şi în consecinţă nu pot obţine nici autorizaţia Ministerului pentru conducerea unui asemenea laborator. Ministerul Sănătăţii cerând în aceasta chestiune avizul Consiliului superior al sănătăţii şi asistenţei, acesta în şedinţa sa din 4 Iulie 1936, a dat următoarea hotărîre :

a) Medicilor cari în cabinetul lor de consultaţie posedă un aparat de radiologie pentru controlul diagnosticelor şi evoluţiei maladiilor clienţilor propri, nu li se va cere diploma şi libera practică a radiologiei. In schimb medicii din această categorie nu au voie să se intituleze specialişti în radiologie şi nici să menţioneze pe firmele lor sau pe reţetele lor vreun indiciu în sensul că posedă aparat de radiologie, sau că întrebuinţează metode din domeniul radiologiei şi nu vor elibera buletine radiologice".

b) „Medicii cari au Laboratorii sau Institute de Radiologie, declarate ca atare, vor îndeplini cerinţele legii sanitare şi anume" :

BIOTONICUM



TONICUM ROBORANS STOMACHICUM

BIOTONICUM

ROBORANT - TONIC - STOMACHIC

este o **soluţie coloidală** de **fier** şi **mangan** cu gust agreabil combinat cu **fosfor** şi **arsen** în forma **cea mai activă.**

Preţul de vânzare: 1 fl. de 250 gr. cu şi fără arsen **Lei 98·—**

Modul de acţiune: Formarea **ferului şi manganului redus în statu nascendi** — adecă în starea **cea mai resorbabilă şi asimilabilă.** Din cauza aceasta este de un efect inevitabil şi de o **toleranţă stomaco-intestinală perfectă.**

Biotonicum prezintă deci, mijlocul suveran pentru tratarea **stărilor anemice şi urmările lor.**

Având în vedere conţinutul de **fosfor** şi **arsen** în forma numită în afară de aceste

mai e indicat:

la **boale nervoase,** în **neurastenie,** în **astenie** şi **surmenaj general,** în **convalescenţă,** în **tuberculoză generală** şi **pulmonară,** în **diatezele exsudative, rachitism,** în **boalele tubului digestiv** şi a le **nutriţiei, eczemele cronice** etc.

Ca **tratament nespecific** dă **rezultate preţioase** în **Balneo-Helio-Hidro-şi-Electroterapie.**

Din cauza gustului şi toleranţei bune, e un preparat de primul rang cu **efect sugestiv şi un stimulent de indreptare.**

Dozare: De 3 ori la zi câte o lingură la adulţi sau linguriţă la copii după mese.

Se află în toate farmaciile!

Desfacerea produsului: Laborator de produse farmaceutice ALESI OSCAR în Sebeş-Alba.

1. „Vor poseda diploma de specialitate eliberată de una din Facultăţile de Medicină din ţară".

2. „Vor fi obligaţi a avea libera practică a radiologiei şi autorizaţia Ministerului, autorizaţie prevăzută de art. 158 din Legea sanitară".

In sensul acestei hotărîri a Consiliului Superior al Sănătăţii şi Asistenţei, în afară de medicii cari ocupă la spitalele publice sau la alte instituţii similare posturi de medici radiologi, nici un alt medic nu poate conduce un laborator de radiologie, deşi poate că ar exista medici doritori de a satisface condiţiilor legale pentru a putea obţine titlul şi autorizaţia prescrisă de lege şi pe care astăzi din cauza lipsei acelutaşi regulament de aplicare nu le pot obţine.

Se pune deci cu drept cuvânt întrebarea dacă aceasta situaţiune mai poate continua fără a compromite în modul cel mai grav prestigiul corpului medical şi însăşi noţiunea de specialist şi fără a prejudicia în acelaşi mod grav interesele medicilor de bună credinţă, cari sunt puşi în imposibilitate de a putea satisface cerinţelor legale privitoare la obţinerea titlului de specialist?

Răspunsul nu poate fi decât un *nu* categoric.

Situaţia actuală nu mai poate fi tolerată ea aducând o gravă ştirbire prestigiului ştiinţei medicale şi sănătăţii publice. Nu se poate admite ca oricine, după bunul său plac să uzurpeze titluri ce nu-i aparţin şi în acest chip să înşele buna credinţa publicului. Dar tot astfel nu se poate admite situaţia paradoxală de a se impune medicilor anumite condiţii legale pe care ei să nu le poată satisface din cauza lipsei unui regulament de aplicare a legii. O reglementare se impune deci atât în interesul medicilor, cât şi în interesul sănătăţii publice. Aceasta reglementare nu mai poate întârzia; ea trebue să fie categorică şi precisă. Legea există, — în vigoare de aproape 7 ani, — dispoziţiile din lege sunt bune, ele trebue doar aplicate cu toată strictetea şi suntem siguri că vor înceta abuzurile, precum va înceta şi nedreptatea care se face medicilor de bună credinţă.

Legea nu poate fi însă aplicată lipsind regulamentele impuse de art. 180, care trebue elaborate de către Facultăţile de medicină din ţară şi în lipsa acestor regulamente ne găsim în starea anarhică de astăzi.

Facultăţile de Medicină au deci datoria de a elabora fără întârziere regulamentele impuse de lege, iar Ministerului Sănătăţii îi revine însărcinarea de a pune în aplicare cu toată severitatea aceste regulamente.

Până la elaborarea şi punerea la punct a regulamentelor socotim de necesar şi echitabil ca Ministerul Sănătăţii bazat pe dispoziţiile cuprinse în articolul 198 din legea sanitară, să stabilească pe cale de decizie Ministerială pentru obţinerea titlului de specialist, aceleaşi norme care sunt stabilite în condiţiile de admitere la concursurile de clasificare pentru posturile de specialitate dela spitalele publice puse sub controlul Ministerului.

Redăm cuprinsul acestui articol din lege:

„Au dreptul a se prezenta la concurs pentru spitalele de specialitate acei cari întrunind art. 191 din lege vor mai dovedi că au cel puţin 5 ani practică medicală şi un stagiu spitalicesc de cel puţin 3 ani, în specialitatea pentru care se dă concurs şi anume:

a) Pentru spitalele şi secţiunile de medicină internă:
Trei ani de medicină internă;

b) Pentru spitalele sau secţiunile de chirurgie; trei ani de chirurgie;

c) Pentru spitalele sau secţiunile de boli de ochi, obstetrică, dermatologie, radiologie, etc.: trei ani în specialitatea pentru care se concurează. Pentru ambulatorii se vor cere aceleaşi stagii ca şi la secţiunile de specialitate.

Sunt dispensaţi de stagiile prevăzute sub litera *a)* şi *b)*, privitoare la concursurile de medicină internă şi chirurgie generală, medicii care au condus cel puţin trei ani cu titlul definitiv un spital mixt. *De asemenea sunt dispensaţi de stagiu medicii cari au diploma de specialitate emisă de Facultatea de Medicină, în ramura respectivă.*

Pentru ca un medic particular să se poată intitula specialist în vreuna din ramurile medicinei, va trebui deci să întrunească cel puţin condiţiile impuse prin acest articol pe seama medicilor care doresc să facă concurs de specialitate pentru vreo funcţiune publică. Socotim că este echitabil acest lucru şi din motivul că în alineatul ultim al acestui articol se prevede *scutirea de stagiul legal* a medicilor care dispun de diploma de specialist, legiuitorul presupunând aşa dar că obţinerea acestei diplome va cere cel puţin aceste stagii obligatorii.

In concluzie:

1. *Uzurparea fără nici o normă a titlului de specialist nu mai trebue şi nu mai poate fi tolerată fără a compromite în modul cel mai grav prestigiul ştiinţei medicale şi însăşi noţiunea de specialist.*

2. *Se impune, în interesul corpului medical, reglementarea fără întârziere a modalităţilor de conferire a titlului de specialist în conformitate cu dispoziţiile din Legea sanitară.*

3. *Facultăţile de Medicină au datoria de a elabora cât mai urgent posibil regulamentele impuse prin art. 180 din legea sanitară.*

4. *Până la promulgarea regulamentelor, Ministerul Sănătăţii, pe cale de decizie ministerială, să impună normele cuprinse în articolul 198 din legea sanitară, pentru orice medic care vrea să obţină titlul de specialist într'o ramură a medicinei.*

Infirmeria provizorie.

In lupta contra boalelor infecto-contagioase izolarea joacă un rol important. Cu condiţia însă ca ea să fie făcută cât mai timpuriu.

Izolarea infecţioşilor în mediu rural prezintă aspecte foarte variate. Izolarea la domiciliul bolnavului, are în marea majoritate a cazurilor o valoare foarte redusă, ba mai mult chiar domiciliul bolnavului infectios devine numai prin simpla afişare a biletului de avertisment, un loc de pelerinaj pentru toate neamurile şi curioşii satului. Numărul mare de epidemii şi mai ales extinderea lor exagerată, se datoreşte în prima linie uşurinţei cu care se decretă „izolarea bolnavului la domiciliu", frază în dosul căreia adesea se ascunde o totală abandonare a cazului la voia sorţii. Este adevărat pe de altă parte că, izolarea contagioşilor din mediul rural nu se poate face totdeauna în instituţii spitaliceşti, ca să te poţi dispensa de reţinerea lui la domiciliu; lipsa spitalelor de contagioşi, a mijloacelor de transport, etc., etc., adesea te obligă, să reduci măsurile de izolare la minimum. Dar se pot ivi şi alte dificultăţi, cari împiedecă spitalizarea infecţioşilor, astfel descoperirea cazurilor în perioadă de stare, febră exagerată, frigul, etc., etc., sunt tot atâtea momente serioase, cari pot împiedeca transportul bolnavului.

In toate cazurile când se impune o izolare severă, dar ne lipsesc posibilităţile de internare în spital, infirmeria provizorie devine de o extremă utilitate şi rezolvă aproape în întregime problema izolării.

Infirmeria provizorie cu toate că poartă caracterul de provizorat nu trebue considerată ca un substitut palliativ al spitalului de contagioşi, din contră o infirmerie provizorie înfiinţată la timp şi bine condusă, oferă o mare parte a avantagiilor spitalului şi în unele privinţe prezintă chiar condiţii de superioritate faţă de spital.

Este greu să schematizăm organizarea şi funcţionarea unei infirmerii provizorii, fiindă totul depinde de condiţiile ce aflăm în comuna unde urmează a lua fiinţă aceasta infirmerie, totuşi putem stabili anumite norme comune, după cari trebue să ne conducem Articolul de faţă rezumă observaţiile făcute la un număr relativ mare de infirmerii provizorii înfiinţate în timpul din urmă în judeţul Sibiu pentru combaterea scarlatinei. Faptul că condiţiile au diferit foarte mult

dela comună la comună şi totuşi s'a ajuns în fiecare caz la crearea infirmeriei în condiţii de a putea stăpâni epidemia, ne-a făcut să înţelegem, că şi în satul cel mai primitiv, în caz de nevoie se poate crea cu mijloace simple şi fără prea multe cheltueli o instituţie de o eficacitate reală şi utilitate indiscutabilă.

Infirmeria se instalează într'un local, care să asigure în gradul cel mai înalt evitarea contactului bolnavilor cu cei sănătoşi din comună. Cele mai avantajoase condiţii le avem prin închirierea unei case neocupate momentan de proprietar, sau unde proprietarul se învoeşte să evacueze casa pe timpul epidemiei în schimbul unei [illegible] închirierea unei proprietăţi particulare, are avantajul faţă de [illegible] dependinţele necesare ca, bucătărie, spălă- [illegible] voie s'ar putea închiria casa, unde există [illegible] ales acolo unde copilul nu are fraţi decât [illegible] mama copilului va avea rolul de ajutoare, [illegible] deci un dublu profit pentru ea, primind şi [illegible] pentru serviciu.

[illegible] cu neputinţă să găsim o casă ţărănească dis- [illegible] cu gândul înfiinţării infirmeriei în şcoală. [illegible] particulară are multe desavantaje şi în afară [illegible] motive de ordin epidemiologic, cari ne sfă- [illegible] localului infirmeriei, să dăm cea mai puţină [illegible] lipsa dependinţelor necesare, amintite mai sus, [illegible] care merită să fie luat în consideraţie, dar pe [illegible] vine imposibilitatea controlului copiilor şcolari, prin examinările zilnice la şcoală, ceeace are o extremă importanţă. Controlul zilnic al şcolarilor are o covârşitoare importanţă în combatere, deoarece vizitarea imediată şi zi după zi a elevilor absenţi, dela şcoală, ne pune în modul cel mai precis pe calea de a descoperi noui infecţii. Intervenţia şcoalei în descoperirea boalelor infecţioase este un fapt, a cărui importanţă apare din an în an tot mai clară, chiar şi în faţa medicilor vechilor concepţii epidemiologice, unde prima măsură care introducea lupta contra boalelor contagioase era închiderea şcoalelor.

Oricât de fermi am fi în hotărârea, de a crea infirmeria în afară de şcoală, totuşi în anumite cazuri trebue să recurgem la ea în lipsă de alt local. Dar înainte de a ne decide, pentru acest ultim refugiu, mai rămâne de căutat posibilitatea menţinerii frecventării şcoalei. Aşa de ex. în comunele cu populaţie mixtă înfiinţând infirmeria în una din şcoli, cursurile vor continua cu toţi elevii în şcoala rămasă în fiinţă. Şi în cazul când numărul total al elevilor ar întrece

capacitatea de şcolarizare a şcoalei, rămasă în fiinţă, mai rămâne putinţa asigurării frecventării şcoalei prin instituirea unui sistem de rotaţie în sensul că, elevii dela şcoala mamă fac cursurile înainte de masă, iar elevii oaspeţi după masă. In felul acesta prin clasarea uneia din şcoli elevii frecventează o jumătate de zi şcoala.

In comunele cu o singură şcoală posibilitatea de mai sus cade, dar în unele cazuri ne descurcă prezenţa grădiniţei de copii mici, când infirmeria se înfiinţează, fie la şcoală, fie la grădiniţă, iar cursurile şcolare continuă, prin sistemul rotaţiei de mai sus la şcoală sau grădiniţă. Lipsind şi această posibilitate şi lipsind şi un alt local decât şcoala, ne decidem ca ultimul refugiu, după ce au fost examinate toate posibilităţile existente, înfiinţarea infirmeriei în şcoală şi suspendarea cursurilor. In acest caz însă, ori cât de conştiencioasă ar fi munca noastră şansele unei combateri repezi scad din lipsa controlului şcolarilor.

Intr'un singur caz poate fi utilizată şcoala ca local pentru infirmerie: în vacanţa mare de vară. In această perioadă putem recurge la serviciile şcoalei totdeauna, când alte posibilităţi lipsesc.

Odată localul infirmeriei stabilit urmează înzestrarea lui.

Copiii bolnavi aduc cu ei odată cu internarea lor, un pat cu lingeria necesară şi tacâmul. In lipsă de pat şi la mare strâmtoare un braţ de fân sau pae, asigură bolnavului un priciu, dacă nu tocmai confortabil dar în orice caz suficient de bun. Tacâmul se reduce la o farfurie, lingură şi furculiţă, şi la nevoie 1—2 vase pentru păstrarea alimentelor. Pentru uzul comun primăria comunală aprovizionează infirmeria cu combustibil, petrol, săpun şi se procură vreo câteva vase de bucătărie pentru pregătirea în comun a meselor.

Personalul de infirmerie se reduce la o îngrijitoare şi o servitoare, plătite ambele, fie de comună, fie din fondul sanitar local.

Aprovizionarea infirmeriei cu alimente se face foarte simplu. Se stabileşte de comun acord cu părinţii ora cea mai potrivită pentru aducerea lor (dimineaţa s'au seara), când părinţii se prezintă la poarta infirmeriei şi deşartă alimentele din vasele lor în cele ale infirmeriei. In felul acesta părinţii aduc zilnic alimente copiilor lor, fără să vină în contact cu ei şi fără să fie nevoiţi să-şi sterilizeze vasele. Pentru a simplifica cât se poate de mult problema alimentaţiei, nu se admite în infirmerie decât laptele, cafeaua, ceaiul, puţin gris şi orez. Iar dacă boala totuşi ar permite şi alte alimente şi dacă părinţii doresc a alimenta mai variat copiii lor, ei sunt obligaţi să aducă alimentele pregătite, iar vasele intrate în infirmerie nu se mai restitue, decât după desfiinţarea infirmeriei.

Două rânduri de albituri sunt suficiente pe tot timpul internării.

Spre sfârşitul duratei infirmeriei se procură o putină sau ciubăr mai mare, unde se îmbăiază copilul, înainte de plecare. La plecare copilul îşi primeşte toate albiturile şi hainele de casă, iar cele cu care a fost internat se restituie numai după desfiinţarea infirmeriei.

Hrana personalului îngrijitor dela infirmerie se face în majoritatea cazurilor prin rotaţie de părinţii bolnavilor. Iar acolo unde aceasta nu este posibil se convine fie ca un particular, fie ca un comerciant să aprovizioneze acest personal sau cu alimente pregătite sau crude şi în acest ultim caz, pregătirea lor se face la bucătăria infirmeriei.

Eficacitatea unei stricte izolări depinde de conştienţiozitatea îngrijitoarei, e important deci ca acest serviciu să fie făcut fie de o infirmieră diplomată, fie în lipsa ei de o soră de ocrotire detaşată aici. In lipsa acestora şi o moaşă ar putea face acest serviciu.

Tot timpul duratei epidemiei se vor detaşa în comună una sau două surori de ocrotire. Rolul lor este de a controla din cel mult trei—trei zile toate casele din comună pentru depistarea cazurilor ascunse şi nedeclarate. Vizitele la domiciliu încep în fiecare zi cu vizitarea şcoalei în cazul că şcoala este în fiinţă.

La desfiinţarea infirmeriei toată lingeria se fierbe în apă cu leşie, iar hainele sunt formolizate deodată cu încăperile ocupate. Asemenea vasele sunt bine fierte şi distribuite după această operaţie părinţilor.

In medie o infirmerie rămâne în funcţie 6—8 săptămâni, iar dacă ivirea de noui cazuri întârzie închiderea infirmeriei peste 2 luni, înseamnă că serviciul de depistaj funcţionează defectuos prin descoperirea şi deci izolarea prea întârziată a noilor îmbolnăviţi.

Intreţinerea infirmeriei provizorii costă lunar cu întregul personal plătit 3—4000 Lei, în caz de detaşare de personal suma devine sensibil mai mică.

Se pune acum întrebarea cum se asigură asistenţa medicală a izolaţilor? Intreaga muncă de combatere a epidemiei şi deci inclusiv şi îngrijirea medicală a celor reţinuţi în infirmerie cade în sarcina medicului de circumscripţie. In cazul când infirmeria se află la reşedinţa medicului, asistenţa medicală se asigură prin vizitarea zilnică sau chiar de mai multe ori la zi a bolnavilor de către medic, iar dacă infirmeria este în comună nereşedinţă, medicul se va deplasa la început zilnic, iar mai târziu în perioada de convalescenţă a bolnavilor tot a treia zi. Este important ca cel puţin la început medicul să fie zilnic la infirmerie, pe de o parte pentru a

controla deaproape mersul boalei dar mai ales pentru a susține încrederea părinților în tratamentul îngrijit ce se dă copiilor lor la infirmerie. Ori cât de înțelegător ar fi părintele față de izolarea forțată a copilului lui, dacă el nu este convins că acolo se administrează sub grija medicului un tratament conștiențios, nemulțumirea îl demoralizează repede și se vor ivi greutăți în internarea noilor îmbolnăviți.

Crearea infirmeriei provizorii se impune în toate cazurile de boale infecțioase cu importanță epidemiologică. Astfel prima importanță o prezintă scarlatina, pe urmă disenteria și febra tifoidă. Epidemii mai întinse de difterie nu s'au semnalat în ultimul timp, pentru a putea discuta valoarea infirmeriei în combaterea acestei boli. Oricare ar fi boala, care impune înființarea infirmeriei este important ca izolarea să se execute cât mai aproape de începutul epidemiei, căci o intervenție întârziată reduce extrem de mult din posibilitățile de oprire a epidemiei. Dacă infirmeria începe a funcționa după ce s'a infectat un număr mai mare de copii, este extrem de greu să ajungem la o stingere rapidă și chiar cu un serviciu prompt de depistaj ne sosesc la intervale neregulate și adesea chiar distanțate noui cazuri, cari prelungesc menținerea măsurilor de combatere.

Avantajele infirmeriei provizorii față de internarea în spital sunt multiple și de importanță.

In prima linie părinții opun incomparabil mai puțină rezistență la această izolare, decât la transportarea copiilor lor la distanțe mari până la spital.

Se elimină problema transportului bolnavilor, care în majoritatea cazurilor înseamnă o piedecă mare de izolare prin lipsa unui mijloc adecvat de transport. Transportul bolnavului în căruță, autobus sau automobil înseamnă o diseminare primejdioasă a boalei, dar înseamnă și un pericol pentru bolnav, care trebue să facă adesea distanțe lungi în vehicol cu febră sau alte stări grave de boală.

Un alt avantaj de importanță epidemiologică mai ales la scarlatină zace în faptul, că bolnavii nu vin în contact cu infirmeria provizorie cu alți bolnavi din alte regiuni. Acest fapt pare a fi în urma observațiilor făcute în ultimul timp de mare importanță, constatându-se o agravare a epidemiei de scarlatină între bolnavii cu contact cu bolnavi proveniți din alte regiuni.

Cheltuelile infirmeriei provizorii sunt foarte reduse.

Faptul că bolnavii rămân în comună impune o atenție mai vigilentă din partea personalului medical și sanitar.

Dr. I. Cosma,
medic pr. jud. Sibiu.

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu.

Comuna Boiţa.

Comuna Boiţa este situată în partea de Sud a judeţului, în imediata apropiere a vechei graniţe, la intrarea trecătoarei Turnu-Roşu. Populaţia este pur românească, cu o stare culturală peste nivelul mijlociu al satelor noastre.

Ocupaţia locuitorilor este păduritul, oieritul şi în foarte mică măsură agricultura. Pe timpuri comuna avea o stare înfloritoare prin exploatarea pădurilor întinse ce avea şi prin comerţul intensiv ce duceau fiind foarte aproape de graniţă. Crescătoriile şi mai ales comercianţii de porci boiceni, erau bine cunoscuţi în vremurile trecute şi le aduceau un venit care a dus la o bună stare economică a întregei comuni. Azi comuna cade cu paşi repezi pe panta sărăciei şi din bogăţia de odinioară, nu a mai rămas decât ruinile căşilor vechi şi amintirea unui trecut frumos.

Ancheta sanitară s'a executat în zilele de 27 Ianuarie şi 3 Februarie 1935, cu 51 medici, 4 farmacişti, 9 surori de ocrotire, 2 agenţi sanitari şi 2 oameni de serviciu.

Populaţia numără 1883 suflete, dintre cari s'au examinat 1358, adică 72,1% a populaţiei.

Constatări generale.

Starea materială a familiilor este bună în 20,8%, mijlocie în 58,6% şi rea în 20,9%.

100 case au o singură cameră de locuit, cu un total de 320 persoane, cu o medie de 3,2 persoane pe cameră.

191 case cu două camere de locuit şi un total de 729 persoane, adică 1,9 persoane pe cameră.

54 camere cu 3 camere şi un total de 233 persoane, deci o medie de 1,4 persoane pe cameră.

20 case au mai mult de 3 camere.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg este următoarea :

Grupul	0—14 ani . . .	28,1%
„	15—49 „ . . .	49,0%
„	50 ani în sus . .	22,9%

In comună s'au aflat în ziua anchetei, 9 persoane trecute de vârsta de 80 ani, cu etate maximă de 90 ani.

Constatări de ordin medical.

Dintre cele 1358 persoane examinate, 170 (12,5%) au fost aflate bolnave.

Tuberculoza s'a găsit în 10 cazuri cu cinci forme pulmonare, 4 osoase şi 2 ale altor organe.

Sifilisul diagnosticat în 2 cazuri, ambele forme latente, descoperite prin reacţia Wassermann. S'au luat 77 probe de sânge cu 2 rezultate positive şi 75 negative.

Tumori maligne cu 1 singur caz de cancer mamar.

Afecţiunile aparatului circulator cu 17 afecţiuni organice şi 4 funcţionale.

Afecţiunile aparatului respirator cu 43 cazuri.

Afecţiunile tubului digestiv cu 36 afecţiuni gastrice, 9 intestinale şi 3 hepatice.

Afecţiunile aparatului urogenital cu 18 cazuri, ale sistemului nervos cu 4, de piele 1 caz, afecţiuni oculare 29, de nas, gât şi urechi 62.

S'au notat 62 guşaţi, 2 cretini şi 1 surdomut.

Extracţii dentare, s'au executat 58.

S'au distribuit medicamente gratuite în 466 cazuri.

Spesele anchetei au fost de 10.198 Lei, adică 7,40 Lei de fiecare persoană examinată.

Comuna Topârcea.

Comuna Topârcea se află la Nord-Vest dela Sibiu, aflată între cele 2 căi de comunicaţie, cari leagă Sibiul pe deoparte cu comunele Arment, Alămor şi Păuca prin Ocna-Sibiului şi a doua care leagă Sibiul cu Mercurea şi în continuare cu Sebeş—Alba-Iulia.

Comuna este accesibilă prin Ocna-Sibiului în timp favorabil, dar în timp ploios când drumurile nepietruite se desfundă, devine foarte greu accesibilă după ocoliri mari.

Ocupaţia locuitorilor — numai români — este agricultura, care fiind de o calitate foarte slabă şi de mică extindere, nu poate asi-

gura traiul întregei populaţii a comunei. Din această cauză, o mare parte a elementului tânăr, îşi caută mijloace de traiu în afară de comună ca angajat la căile ferate şi oameni de serviciu în oraşele din Vechiul Regat.

Starea culturală este submediocră.

Ancheta s'a executat în ziua de 7 Iulie 1935, având 22 medici, 2 farmacişti, 5 surori de ocrotire, 1 agent sanitar, 1 moaşe şi 2 oameni de serviciu.

Comuna are 1828 locuitori dintre cari s'au examinat 954 adecă 52,1%. Numărul mic de examinări se explică prin absenţa mare a elementului tânăr din comună, despre care s'a amintit mai sus.

Constatări generale.

Starea materială a familiilor, a fost găsită bună în 4,3% cazuri, mediocră în 64,8% şi rea în 30,7%.

36 case au o singură cameră de locuit cu un total de 106 persoane, adecă 2,9 persoane pe cameră.

213 case au 2 camere de locuit cu un total de 820 persoane, deci media de 1,9 persoane pe cameră.

92 case sunt cu trei camere şi adăpostesc 352 persoane, avem deci aici o medie de 1,2 persoane pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg, ne dă următoarele:

Grupul 0—14 ani . . . 29,9%
„ 15—49 „ . . . 49,8%
„ 50 ani în sus . . 20,3%

In momentul executărei anchetei, se aflau în comună 4 persoane peste etatea de 80 ani cu un maximum de vârstă de 87 ani.

Constatări de ordin medical.

Dintre cei 954 examinaţi, 222 au fost aflaţi bolnavi (23,2%).

Tuberculoza a fost găsită în 11 cazuri cu forme pulmonare, 1 osoasă şi 1 alte organe.

Sifilisul nu a fost diagnosticat în nici un singur caz.

Dintre *tumorile maligne*, s'a descoperit un caz de cancer mamar.

Afecţiunile aparatului respirator au fost diagnosticate în 72 cazuri.

Afecţiunile aparatului circulator în 34 cazuri.

Tubul digestiv cu 39 afecţiuni, dintre cari 28 gastrice, 6 intestinale şi 3 hepatice.

Aparatul urogenital cu 16 cazuri.

Boalele pielei cu 21 cazuri, oculare 25, nervoase 9, de nas, gât şi urechi 10.

Au fost notaţi 4 guşaţi, 1 cretin şi 1 orb.

Extracţii dentare s'au executat 42.

Probe de sânge pentru reacţia Wassermann, s'au luat 27, toate cu rezultate negativ.

Medicamente gratuite s'au distribuit în 328 cazuri.

Spesele anchetei s'au urcat la 10.360 Lei, adecă 10,80 Lei de cap de persoană examinată.

Comuna Galeş.

Comuna Galeş se află la 25 Km. depărtare de Sibiu, în imediata apropiere a fruntaşei comune Sălişte, de care o desparte o graniţă doar „virtuală" fiind lipite una de alta.

Comuna are o populaţie pur românească, săracă din lipsa mijloacelor de traiu ce oferă hotarul foarte sărac în teren productiv. Dar dacă natura n'a fost darnică cu ei, în schimb a sădit în sufletul lor, calităţi de iniţiativă şi dorinţă de a reuşi în viaţă. Astfel comuna dă un număr respectabil de oameni cu carte, pe cari îi găseşti în multe oraşe ardeleneşti.

Ocupaţia principală este pădăritul şi oeritul.

Nivelul cultural se menţine mai ridicat decât în media comunelor româneşti.

Ancheta s'a executat în ziua de 15 Decemvrie 1935, luând parte 17 medici, 1 farmacist, 5 surori de ocrotire, 2 agenţi sanitari şi 1 om de serviciu.

Numărul locuitorilor este de 698, dintre cari s'au examinat 331, adecă 47,4% din populaţia totală. Numărul relativ mic de examinări se explică prin numărul mare al celor plecaţi vremelnic din comună, pentru căutarea mijloacelor de traiu.

Constatări generale.

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 31%, mediocră în 47% şi rea 22%.

4 case au o singură cameră de locuit cu 9 persoane, deci media de 2,2 persoane pe cameră.

60 case au 2 camere de locuit cu 181 persoane şi o medie de 1,5 persoane pe cameră.

55 case sunt cu 3 camere de locuit cu un total de 194 persoane şi o medie de 1,1 persoane pe cameră.

17 case sunt cu 4 camere şi un total de 47 membri deci o medie de mai puţin de 1 persoană pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg ne dă următoarele:

Grupul 0—14 ani . . . 25,0%
„ 15—49 „ . . . 49,5%
„ 50 ani în sus . . 25,5%

Constatări de ordin medical.

Dintre cei 331 examinaţi 95 (28,7%) au fost aflaţi bolnavi.

Tuberculoza a fost diagnosticată în 3 cazuri cu 2 forme pulmonare şi 1 osoasă.

Sifilisul a fost diagnosticat într'un singur caz ca sifilis manifest. Probe de sânge pentru reacţia Wassermann s'au luat 23.

Tumori maligne nu s'au găsit.

Afecţiunile aparatului respirator sunt trecute cu 16 cazuri.

Afecţiunile aparatului circulator cu 20, dintre cari 17 organice şi 3 funcţionale.

Afecţiunile organelor abdominale cu 11, dintre cari 8 gastrice, 2 hepatice, 1 renală.

Aparatul urogenital este trecut cu 7 cazuri, boale ale sistemului nervos 8, de nas, gât şi urechi 11.

S'au notat 44 guşaţi şi 1 alienat.

S'au executat 40 extracţii dentare.

Medicamente gratuite s'au distribuit în 121 cazuri.

Spesele anchetei se urcă la . . . . Lei, adecă . . . . Lei de cap de persoană examinată.

Comuna Vale.

Comuna Vale se află la 26 Km. depărtare de oraşul Sibiu, la o foarte mică depărtare de comuna Sălişte.

Populaţia este pur românească, cu izvoare de câştig foarte reduse din cauza hotarului foarte mic şi puţin productiv.

Din această cauză elementul bărbătesc, lipseşte o mare parte a anului, plecat fiind cu oile sau cu alte meserii în diferite părţi ale ţării.

Nivelul cultural este peste media celui din comunele româneşti. Comuna a dat un număr mare de elemente care ocupă azi o mulţime de funcţiuni chiar importante în diferitele oraşe ale ţării.

La ancheta executată aici în ziua de 26 Ianuarie 1936, au luat parte pe lângă personalul obişnuit care se compune la această dată din 23 medici, 1 farmacist, 5 surori de ocrotire, 1 moaşe, 1 agent sanitar şi 1 om de serviciu, şi 4 medici primari de judeţ din inspec-

toratul Sanitar Sibiu, cari au venit pentru a se documenta la faţa locului de tehnica executărei unei anchete.

Populaţia comunei numără 824 locuitori, dintre cari au fost examinaţi 760, adecă 92,2% a populaţiei.

Constatări generale.

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 31% cazuri, mediocră în 40% şi rea în 29%.

23 case au o singură cameră de locuit cu 48 persoane, deci o medie de 2 persoane la cameră.

65 case sunt cu 2 camere şi un total de 193 persoane cu o medie 1,4 persoane pe cameră.

156 case au 3 camere şi un total de 533 suflete, deci media revine la 1,1 persoane pe cameră.

Sunt 12 case cu 4 camere.

Populaţia repartizată după scara Sundbärg se prezintă astfel:

Grupul	0—14 ani . . .	25,1%
„	15—49 „ . . .	49,0%
„	50 ani în sus . .	25,9%

Constatări de ordin medical.

Dintre cei 760 examinaţi, 137 (18%) au fost găsiţi bolnavi.

Tuberculoza a fost diagnosticată în 5 cazuri, toate forme pulmonare.

Sifilisul descoperit într'un singur caz, sifilis latent. Probe de sânge pentru reacţia Wassermann s'au luat 38 cu rezultat pozitiv 1 şi 37 negative.

Tumori maligne nu s'au aflat.

Afecţiunile aparatului respirator sunt trecute cu 23 cazuri.

Afecţiunile aparatului circulator cu 18 afecţiuni organice şi 2 cazuri funcţionale.

Organele abdominale sunt trecute cu un total de 27 cazuri, dintre cari gastrice 19, intestinale 5 şi renale 3.

Sistemul urogenital cu 5 cazuri, sistemul nervos cu 14, cutanate 3, oculare 10, de nas, gât şi urechi 2.

S'a notat 56 guşaţi, 2 cretini şi 3 surdomuţi.

S'au executat 93 extracţii dentare.

S'au distribuit medicamente gratuite în 148 cazuri.

Cheltuelile anchetei s'au urcat la suma de . . . . Lei, deci . . . Lei de cap de locuitor examinat.

Dr. Iosif Stoichiţia. **Dr. Ioan Cosma.**

Institutul Surorilor de Ocrotire şi Caritate Iaşi.

Nursingul în combaterea bolilor infecţioase.

Teză lucrată de **D-ra Silvia Mihălţean,**
elevă anul II.

Sora de ocrotire, cât şi sora de caritate, au un rol important în combaterea bolilor infecţioase, contribuind la însănătoşirea, în condiţiile cele mai bune a cazurilor ivite şi la împiedecarea răspândirei lor în masa populaţiei. E necesar să cunoască bine toate simptomele şi manifestaţiile în orice boală infecţioasă, pentru a le recunoaşte imediat la ivirea lor şi a putea să le dea îngrijirea necesară în spital, dându-şi seamă de gradul de debilitate a organismului şi de tulburările diferitelor funcţii ale organelor, pentru a-i putea aplica tratamentul prescris de medic, convinsă de necesitatea lui.

Sora de ocrotire, lucrând pe teren, pe lângă rolul principal de a îngriji de copii sugari, pentru a le menţine şi întări sănătatea şi a le asigura o desvoltare în condiţiunile normale, ea venind în direct contact cu familia, se va interesa de starea de sănătate a tuturor membrilor ei. La ivirea unui caz de boală, ea nu va pune diagnostic, dar o va bănui dacă e infecţioasă şi va lua măsuri, ca pacientul să fie izolat de restul familiei, pentru a împiedeca contagiunea trimiţându-l la spital, dispensar etc.

Va impune familiei, anumite reguli de profilaxie, contra boalei ivite, va lua măsuri pentru desinfecţia locuinţei şi va urmări ivirea unui al II-lea caz de boală, atât timp cât ţine perioada de incubaţie a acelei boli. Regulele impuse, diferă dela boală la boală, astfel: In caz de tifos exantimatic, va face deparazitarea membrilor locuinţei nu prin metode barbare, ci întrebuinţând soluţii ce le are la dispoziţie pentru stârpirea „păduchilor" purtători de germeni ai acestei infecţii. Ea va face educaţia familiilor, s'au a aglomeraţiilor unde s'a ivit cazul, predând noţiuni de igienă, absolut necesare, sfătuindu-i să le aplice. Ii va convinge de importanţa aplicărei acestor reguli, arătând că principala cauză a ivirei atâtor boli contagioase, cari fac atâtea victime, este tocmai lipsa de igienă care domneşte peste tot.

Paralel cu aceste atribuţii ea va face ancheta epidemiologică a boalei, urmărind filiaţiunea ei până la sursa iniţială, de infecţie şi va lua măsuri pentru combaterea infecţiei, chiar acolo. Astfel, dacă bolnavul este un elev, se va interesa de şcoala unde urmează, dacă au fost cazuri similare în clasă, sau şcoală. Cu cine s'a jucat ş. a.

Dacă e un lucrător, va căuta să cunoască localul unde lucrează, profesia bolnavului, cu cine a venit în contact. In caz de epidemii, exemplul, a febrei tifoide vom căuta dacă e datorită infecţiei apei, alimentaţiei sau a fost provocată din neglijenţa de a nu se spăla suficient pe mâini un purtător de germeni, fiind ştiut că febra tifoidă, e boala mâinilor murdare.

In general, sora de ocrotire va lucra conştiincios, raportând precis tot ceeace a putut afla prin cercetările amănunţite de fiecare zi. Munca ei va fi constructivă şi cu folos, numai dacă va ajunge la reducerea numărului de bolnavi, mai ales în bolile datorite lipsei de igienă. Din nenorocire, ţăranul nostru, nu cunoaşte noţiunile de igienă, şi sufere mai mult decât trebue tocmai din ignoranţă.

Bolnavul internat în spital, trece sub îngrijirea sorei de caritate. Sora contribue la vindecare, aplicând tratamentul exact conform prescripţiei medicale.

Ea va supraveghea: 1. Igiena pielei bolnavului, făcându-i băi calde, reci, etc. 2. Igiena cavităţilor nazale, desinfecţia gurei, curăţirea limbei, dinţilor, nasul, urechile, ochii.

3. Alimentaţia bolnavului, dietă lichidă, substanţială.

4. Pulsul, circulaţia, respiraţia, modificată în unele boli, cari pot trăda o complicaţie.

5. Scaunele şi urina bolnavului, ca ele să se elimine la timp, ajutat la nevoie prin clismă şi sondaj. Aspectul lor (scaune cu sânge sau urină tulbure pigmentată).

6. Va preveni formarea de escare, gangrene, în caz când e silit să stea mai mult timp într'o anumită poziţie. Il va frecţiona des cu alcool şi îl va pudra cu talc, mai ales în regiunile pe care se exercită o apăsare mai mare a corpului.

7. Va supraveghea poziţia bolnavului, după cerinţă în: decubitus dorsal, lateral, sau în poziţie semişezândă.

8. Tratamentul medicamentos, îl va aplica iarăşi în condiţiile prescrise de medic.

9. Va supraveghia faciesul bolnavului, va urmări mersul boalei (el poate avea o boală în perioada de incubaţie, care acum se poate manifesta).

10. Va observa orice complicaţie, raportând imediat medicului orice schimbare, pentru a lua măsuri la timp, pentru combaterea eventualelor complicaţii. Organismul fiind debilitat o infecţie banală poate fi fatală, deoarece toată forţa vitală, o cheltuieşte bolnavul, luptând contra infecţiei principale, deci reacţia de apărare este redusă la minim.

Supravegherea şi grija sorei, se va dubla asupra convalescentului, tocmai din cauza debilităţii organismului, care îl predispune uşor la complicaţii. Moartea convalescentului e o crimă. Sora de caritate, întregeşte rolul sorei de ocrotire, lucrând împreună la marea operă socială a întăririi sănătăţii. Menţinerea ei şi îngrijirea bună a bolnavilor, pentru a contribui la însănătoşirea mai grabnică.

CHLORO-CALCION

Laboratoires MICHELS – 4bis, rue du Colonel Moll, PARIS.

O SOLUŢIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIŢĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT ASSIMILABIL

LITERATURĂ ŞI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEŢII-VECHI Nº 1, BUCUREŞTI 3.

Revista cărţilor.

Jubileul de 50 ani, al uzinelor „Knoll". Am primit la redacţie în ediţie de lux, volumele jubilare cari cuprind principalele comunicări şi lucrări asupra excelentelor preparate farmaceutice, ce sunt furnizate terapeuticei medicale de uzinele *„Knoll"*, din Ludwigshafen—Mannheim.

Aceste uzine au luat fiinţă în primăvara anului 1886, sub forma unei societăţi cu nume colectiv, având ca principal îndrumător tehnic pe chimistul *Dr. Albert Knoll* — iar de atunci — graţie spiritului întreprinzător şi ştiinţific care a animat pe conducătorii acestor uzini, au putut ajunge la desvoltarea şi renumele mondial de care se bucură astăzi. Pe drept cuvânt cele mai multe din preparatele „Knoll", sunt adevărate invenţiuni de ştiinţă, fără a avea rival în domeniul farmacodinamic.

Cu prilejul aniversării alor 50 de ani dela înfiinţare, adresăm cele mai sincere felicitări acestor uzini, dorindu-le spor şi acelaş ritm de desvoltare de care au dat dovadă şi până acum, spre folosul suferinzilor şi lumei medicale de pe întreg globul pământesc.

Dr. A. Retezeanu şi *Dr. Gh. Retezeanu:* **„Opoterapie".** Medicamente, doze, indicaţii. Cluj — Ardealul pp. 24.

Numărul mare al specialităţilor, varietatea numirilor date extractului aceleiaş glande, fac foarte dificilă cunoaşterea cât de aproximativă a mânuirii, dozării şi prescrierii preparatelor opoterapeutice. În faţa acestei situaţiuni medicul practician fie că se stereotipează prescriind mereu acelaş preparat glandular, fie că variază prescripţiile în funcţie de fiecare reclamă trimisă de casele de medicamente. În această situaţie broşura D-rilor A. Retezeanu şi Gh. Retezeanu umple un gol adânc simţit în practica de toate zilele.

Această broşură cuprinde lista tuturor preparatelor opoterapice (inclusiv 1935), grupate după organul de origină (opot. epifizară, cu ficat, etc.), cu notarea precisă a dozelor şi a indicaţiunilor. În a doua parte a lucrării autorii au grupat preparatele glandulare în ordinea alfabetică a indicaţiunilor (a turburărilor pentru care sunt indicate), ceeace uşurează deosebit de mult sarcina prescrierii unui asemenea preparat.

Nu ştim dacă broşura D-rilor A. Retezeanu şi Gh. Retezeanu a avut primirea pe care o merită în lumea medicală practică; sperăm însă că ne vor ţine la curent cu progresele preparatelor glandulare din an în an. **S. C.**

Dr. G. Retezeanu: **„Psihoterapia — Psihanaliza".** Extr. din Formularul Terapeutic. Cluj. Tg. Ardealul.

Dl Dr. G. Retezeanu este poate cel mai activ psihanalist practician al Ardealului. Experienţa bogată şi cunoştinţele vaste din domeniul psihanalizei practice fac ca, în determinarea indicaţiunilor şi contraindicaţiunilor acestei metode, părerile autorului să fie de o valoare deosebită. De aceia credem util a semnala medicilor practicieni, — cari adesea în faţa cazurilor funcţionale sunt absolut desorientaţi, — indicaţiunile metodei psihanalitice, după scurta dar substanţiala D-sale expunere.

Autorul obţine *rezultate excelente* în: neurastenia esenţială datorită masturbaţiei, nevroza anxioasă, anxietatea fetelor, anxietatea femeilor nesatisfăcute prin coit întrerupt, etc., neliniştea bărbaţilor care coitează incomplet, ipohondria, isteria, fobiile, nevroza obsesională, impot. sex. funcţională, frigiditatea, nevrozele de războiu, nevroza traumatică.

Rezultate bune numai în unele cazuri se obţin în: amenoreea prin inhibiţie psihică, bâlbâială, cefalee, cocainomania, constipaţia ca fenomen autoerotic, crampa pianiştilor, a scriitorilor, a telegrafiştilor, dipsomania, dismenorea prin spasm, dispepsia nervoasă, enuresis nocturna, epistaxis, morfinomania, nevrozele cardiace, nevro-

zele gastrice, perversiunile sexuale, prurit anal, vulvar, prurit cutanat universal, răul de înălțime, somnambulismul, ticurile, terorile nocturne, turburările de caracter, turburări vizuale funcționale, vaginismul, vărsăturile incoercibile ale sarcinei, vâjâiturile de urechi.

Expunerea se încheie printr'o foarte interesantă enumărare a contraindicațiunilor și a pericolelor psihanalizei. **s. c.**

Dr. Nicolae Blatt: **Cercetări și studii în oftalmologie.** Editura „Tiparul Suprem", București 1935. 1 vol, 370 pagini.

După magistralul și clasicul tratat de oftalmologie a D-lui Profesor Mihail volumul D-lui Dr. Blatt, reprezintă o operă de seamă în domeniul literaturii oftalmologice române.

Fără a avea unitatea clasică a tratatelor are totuș un nivel proeminent științific bazat pe o experiență bogată și o cultură de specialitate temeinică.

Volumul este prefațat de Prof. Gifford dela Universitatea din Northwestern din Chicago care insistă asupra contribuției personale adusă de autor în diferitele capitole.

Cartea cuprinde 23 de capitole dintre care primul de foarte mare interes științific se ocupă de problema patologiei și a biologiei experimentale a ochiului. In acest capitol Dl Dr. Blatt studiază transplantarea ochilor de pește, iepuri și paseri.

Făcând un număr considerabil de transplantări de ochi la pește, reușește să obțină 26 de cazuri de vindecare a ochiului transplantat.

Studiază regenerarea cristalinului și a corneei reușind să transplanteze cu succes corneea de iepure la om și să obțină acuitatea vizuală de 0,25 la un ochiu cu leucom total care înainte de operație nu vedea decât mișcările mânei.

In celelalte capitole se ocupă de cele mai importante probleme ale patologiei oculare cum este problema trachomului, a cataractei glaucomului, a deslipirei de retină, a opticei oculare, etc., aducând în multe părți idei originale și contribuții experimentale personale de valoare.

Opera D-lui Dr. Blatt este rezultatul unei munci rodnice pe teren științific în ciuda mijloacelor modeste pe care le poate avea un practician de provincie.

Dr. Constantin Banu.

Revista revistelor.

Societatea de Psihologie Medicală: *Buletin vol. 2.* Sibiu, Noemvrie 1936, pp. 112.

Sub activa conducere a D-lui Dr. G. Preda funcționează la Sibiu o societate de Psihologie medicală, care publică al doilea volum de comunicări și cercetări valoroase și interesante. Singura societate de Psihologie medicală fiind la Sibiu, această grupare și-a asigurat colaborarea celor mai de seamă personalități din specialitățile științei psihismului.

Prof. F. Ștefănescu-Goangă deschide volumul printr'un articol în care se subliniază contribuția pe care psihologia experimentală o dă și o poate da psihiatriei.

Prof. C. I. Parhon accentuează rolul mediului social în etiologia crimelor și a delictelor, și studiază condițiile actuale de mediu ca factori de încurajare a conduitei antilegale.

Prof. N. Minovici într'un documentat studiu demonstrează necesitatea utilizării datelor Psihologiei medicale și experimentale în medicina legală.

Dr. A. Roșca studiază adaptabilitatea socială, iar Dr. A. Iancu în colaborare cu N. Spânu prezintă un studiu obiectiv și experimental asupra cercului de reprezentări la copii.

BIBLIOTECA CENTRALA „ASOCIAȚIUNII" SIB

Dr. M. Cahane şi Dr. T. Cahane publică rezultatele cercetărilor personale asupra reflexelor condiţionale vegetative.

Intr'o serie de 6 lucrări dl Dr. G. Preda îşi desvoltă concepţiile D-sale asupra isteriei în raport cu hipnoza. In cursul acestor expuneri demonstrează strânsa legătură dintre histerie şi hipnoză, dat fiind că la persoanele hipnotizate s'au putut reproduce toate tulburările pe care le cuprinde isteria. Evoluţia isteriei şi a hipnozei este de altfel paralelă: aceleaşi condiţiuni determină crearea atât a stărilor de isterie, cât şi a acelora de hipnoză, şi aceleaşi cauze fac să scadă frecvenţa isteriei şi aplicările hipnozei. Pe scurt: isteria este nevroza spontană, pe când hipnoza este nevroza provocată.

Dr. L. Bologa arată importanţa factorilor constituţionali în determinarea grupărilor sociale la copiii din epoca preşcolară.

Dr. Ionaşiu, Dr. Stoenescu şi S. Cupcea examinând un grup de infractori au găsit predominantă tendinţa ciclotimică şi constituţia picnică şi atletică.

Dr. V. Preda expune laborioasele sale cercetări antropometrice asupra capului la alienate.

Dr. I. Popescu-Sibiu accentuează rolul factorilor sociali în determinarea isteriei.

Dr. T. Stoenescu, într'un studiu f. obiectiv, arată că problema sugestibilităţii criminalilor este departe de a fi rezolvată: cercetările experimentale nu confirmă opiniile de acceptiune curentă.

Dr. Popescu-Sibiu şi Dr. T. Stoenescu desbat problema sugestibilităţii în raport cu mediul social.

Acest valoros volum care face cinste nu numai conducătorului societăţii ci şi întregei regiuni medicale, reprezintă (împreună cu vol. 1) întâia trăsătură de unire netă între psihologia normală şi cea patologică, în ţara noastră. Am pune doar o singură întrebare: caută medicii din Sibiu să profite de existenţa acestui activ focar de cercetări psihiatrice şi psihologice proporţional cu munca ce se depune în acest centru pentru ridicarea ştiinţei româneşti?

Dr. I. M.

Dr. G. Banu: *„Le anormaux psychiques en Roumanie"* Off. intern. d'hygiène publique, 1937 janvier.

Sub forma unui judicios raport prezentat oficiului internaţional de igienă publică, dl Dr. Banu schiţează situaţia actuală a problemei asistenţei copiilor anormali în ţara noastră. Ca în orice ţară în care valoarea capitalului uman este desconsiderată, unde ritmul lent al muncii (agricolă!) permite adaptări şi supravieţuiri indivizilor care într'un ritm accelerat de producţie ar fi un balast social, tot astfel şi în ţara noastră problema asistenţei copiilor în general şi a celor anormali în special este lăsată pe ultimul plan.

Din expunerea D-lui Dr. Banu rezultă constatări tragice. In vecinătatea raportului românesc, în acelaş broşură a oficiului de igienă, găsim raportul Olandei, care la 8.390.000 locuitori are 109 (unasută nouă) şcoli pentru arieraţi, pe când ţara noastră la 18.792.000 locuitori are 4, şi împreună cu 2 institute din iniţiativă particulară are 6 (citeşte: şase!) institute pentru deficienţii mintali. Şi trebue să subliniem faptul pe care-l aminteşte şi Dl Dr. Banu, că statisticele făcute în diverse ţări (chiar şi la noi, de către Institutele de Psihologie) au demonstrat că proporţia de deficienţi mintali este aproape aceiaş în orice punct al continentului.

De altfel o situaţie identică găsim în ceeace priveşte internarea adulţilor: în timp ce proporţia de paturi pentru bolnavii mintali este de 200—450 la 100.000 de locuitori în toate ţările civilizate (în medie 258 paturi la 100.000 loc. după statistica Congr. Int. de Igienă Mintală), la noi proporţia de paturi pentru aceiaş categorie de bolnavi este de 27 la 100.000 loc.

Starea de lucruri, aşa cum reiese din raportul atât de obiectiv şi bine informat al D-lui Dr. Banu, este îngrijorătoare; în ţara noastră se internează şi se asistă un procent atât de mic de copii anormali, încât dacă luăm în considerare faptul că aceştia reprezintă formele cele mai grave şi mai evoluate (gravitatea determinând

internarea), putem spune că *se asistă în majoritatea cazurilor copii cărora asistența nu le poate sau nu le mai poate ajuta nimic.* Formele uşoare, educabile sau tratabile rămân cu mult în afară de procentul celor asistaţi. (Analogia cu internările adulţilor se impune: la un bolnav mintal internat rămân neinternaţi 10—20 bolnavi probabil cu manifestări mai uşoare, care poate ar reacţiona încă la tratament. Spitalele sunt copleşite în mare parte de cronici incurabili, cea mai mare parte din bolnavi rămânând însă în afară de institute pentru a declasa capitalul ereditar al colectivităţii).

O singură observaţiune am avea în legătură cu acest raport. Dl Dr. Banu afirmă că noi nu avem încă metode pentru depistarea copiilor anormali decât sub o formă rudimentară. Ori, institutele noastre psihologice au testele necesare pentru măsurarea inteligenţei, a funcţiunilor mintale, a aptitudinilor, a trăsăturilor emotiv-active *adaptate* şi *etalonate* pe populaţie românească. Aceste institute pot să pună în aplicare în orice clipă un echipament metodologic cu nimic inferior echipamentului utilizat de ex. de serviciul de neuropsihiatrie infantilă din Paris. Problema grea este traducerea în măsuri practice a datelor găsite. Ce se va face cu debilii mintali depistaţi? Autorul acestui comentariu a făcut şi el în câteva şcoli o examinare psihologică quasi completă a elevilor, dar n'a putut să facă nimic cu stocul, — recunoscut şi de profesori în urma observaţiei, — de debili mintali şi anormali psihici. (In două şcoli cu o populaţie de vreo 1200 elevi, numărul celor care necesitau educaţie specială sau îngrijiri era de 50—60. Ori acest număr reprezintă contingentul întreg al uneia din cele 6 institute speciale ale noastre). Nu mai vorbim de necesitatea educaţiei speciale pentru cei eminenţi. Nici nu mai amintim riscul de a găsi o ierarhie mintală inversă ierarhiei sociale a părinţilor, — în special în oraşelele mai mici.

Creearea de institute cu un personal care să nu fie — cum foarte bine spune Dl Dr. Banu — o colecţie bizară de incompetenţi, o respectare a capitalului biologic şi mintal, măsuri de igienă mintală aplicate pe un teren ereditar sănătos asigurat prin eugenie, — iată ce cere cu deosebită competenţă Dl Dr. G. Banu, pentru redresarea biologică a generaţiilor.

S. C.

Note de terapeutică.

Importanţa clinică a vitaminei C (Acid l-ascorbic) de *Docent Dr. Wilhelm Grunke şi Hans Otto,* (dela clinica medicală a universităţii Martin-Luther din Halle a. S. Director: Prof. Dr. Th. Brugsch), Medizinische Klinik 1936, Nr. 2, pag. 52.

Se tratează amănunţit despre eliminarea acidului ascorbic (vitamină C sub formă de *Cebion Merck)* la sănătoşi şi bolnavi precum şi despre acţiunea terapeutică în diateza hemoragică esenţială şi simptomatică. S'a ţinut seama atât de efectul terapeutic general, cât şi de acţiunea asupra hemoragiilor organice. Rezumând se afirmă că acidul ascorbic în ceeace priveşte hemoragia şi predispoziţia la hemoragii, a dat rezultate foarte bune în trombopenia esenţială scorbut şi difterii toxice, cu toate că numărul trombocitelor a rămas neinfluenţat în trombopenii esenţiale. Nu a avut nici un efect în cazuri de purpură abdominală şi hemofilie, precum şi în nefritele cronice în focar şi în hemoptizii. Un efect terapeutic general incontestabil s'a putut observa într'un caz de scorbut; efectul a fost însă îndoelnic în enterocolite şi dispepsii prin fermentaţii. In cazuri de anemii pernicioase nu a dat nici un rezultat, deasemenea într'un caz de difterie toxică, fă-

când bine înțeles abstracție de ameliorarea produsă în diateza hemoragică existentă la acest caz.

Debaclu urinar în hidropizii cardiace și renale de *Dr. H. Bexen*, medic asistent (dela secțiunea internă a spitalului Erwin-Liek din Berlin, Reinickendorf. Medic șef: Prof. Bansi). Deutsche medizinische Wochenschrift 1936, Nr. 8, pag. 307.

Autorul arată rezultatele obținute de dânsul cu Theacylon. Acest preparat este un diuretic de mare valoare, mai ales atunci când este administrat simultan cu digitală. La doza de 3×1 tabletă pe zi diureza începe de obiceiu în a 4-a—5-a zi și durează până la 8-a—10-a zi cu mare intensitate. S'au observat și diureze tardive. De asemenea doze mai mari de 3×2 tablete pe zi timp de 5—6 zile, au provocat un debaclu urinar în cazuri disperate. Acest preparat poate fi administrat cu mici întreruperi, vreme îndelungată. Se va ține seama de iritațiuni renale. Turburările din partea stomacului au fost înlăturate administrând peparatul cu acid clorhidric diluat.

Cure de îngrășare cu vitamină A (Vogan) de *Priv. Docent Dr. H. Wendt*, (dela clinica I medicală a universității din München, Director: Prof. Dr. W. Stepp). Münchener medizinische Wochenschrift 1936, Nr. 20, pag. 808.

Stimulat de creșterile în greutate observate după administrarea de Vogan în Basedow, autorul a încercat acest preparat în stări de slăbiciune generală cu un rezultat foarte bun. In acest scop a tratat 11 bolnave cu greutăți corporale scăzute, administrându-le de 3 ori pe zi câte 30 picături. Nu s'a făcut acestor bolnave nici un alt tratament afară de acesta. In 2 cazuri nu s'a obținut nici un rezultat, dar la restul de 9 bolnave s'a putut constata o bună creștere în greutate. O bolnavă a luat 5,5 kgr. în 8 săptămâni. Se admite că vitamina A (Vogan) exercită o influență asupra metabolismului grăsimilor limitând arderea acestora. După constatările autorului, tratamentul cu Vogan este foarte recomandabil pentru o cură de îngrășare.

Despre Prominal în epilepsia copiilor de *Franz Hamburger*, (dela clinica infantilă a universității din Viena, Director: Prof. Dr. F. Hamburger). Medizinische Klinik 1936, Nr. 13, pag. 415.

Se tratează amănunțit despre administrarea Prominal-ului în epilepsia copiilor. Se începe cu un dozaj de două jumătăți de tabletă pe zi, dimineața și seara, imediat înainte s'au după mese. Dacă efectul lasă de dorit se va crește doza la 2×1 tabletă pe zi. După un timp oarecare, se poate mișcora din nou doza dacă accesele au dispărut, dând dimineața ½ tabletă și seara o tabletă, iar mai târziu, 2 jumătăți de tabletă pe zi. Cu acest tratament s'au suprimat și stările de absență. Nu s'au observat turburări, mai ales oboseală și copiii nu au fost deranjați în aptitudinile și în treburile lor de toate zilele. Acest preparat trebue recomandat în mod expres ca un medicament de valoare pentru tratamentul epilepsiei în copilărie.

Despre tratamentul diferitelor gastropatii cu vitamina A (Vogan) de *Dr. R. Boller*, (dela clinica I medicală a universității din Viena, Director: Prof. N. Hans Eppinger), Zeitschrift für klinische Medizin 1936, Fasc. 130, 1, 11, pag. 163.

„Rezumat"

Autorul referă despre 40 cazuri de gastropatii, la cari printr'o cură de Vogan, s'a obținut încetarea turburărilor gastrice și a diareelor, o creștere a apetitului și o creștere în greutate.

In cazurile subacide și cu aciditate normală s'a putut demonstra prin încercări rapide sau lente, că Voganul are proprietatea de a crește aciditatea sucului gastric. In 5 cazuri de ulcer gastric sau duodenal, turburările au dispărut după Vogan și s'au obținut mari creșteri în greutate.

In aceste cazuri rezultatele analizelor sucului gastric înainte şi după cura de Vogan au fost inconstante. S'au descris şi discutat 3 acţiuni ale vitaminei A şi anume:

1. O acţiune asupra producerii de acid a stomacului, în sensul creşterii acesteia. 2. O acţiune de îngrăşare, şi 3. O acţiune asupra diareelor datorite anaaciditătii sau hipoaciditătii.

Anestezia rachidiană în tratamentul paraliziei intestinale postoperatorii de *Medic şef Dr. F. Bunne*, (dela secţiunea chirurgicală a spitalului Oskar-Ziethen-Berlin-Lichtenberg, Director: Prof. Dr. Hartel), Zentralblatt für Chirurgie 1936, Nr. 19, pagina 1094.

Autorul recomandă aplicarea anesteziei rahidiene superioare cu Tropacocaină între I-a şi II-a apofiză spinoasă lombară în cazuri de paralizii intestinale post-operatorii. Numita metodă este foarte eficace în tratamentul acestei afecţiuni, presupunând că este vorba realmente de un ileus paralitic şi că acest procedeu este aplicat destul de precoce, adică cel mai târziu în a III-a—IV-a zi după operaţie, după ce medicamentele pentru excitarea peristaltismului au eşuat. Inainte de a recurge la o enterostomie, operaţiune prevăzută ca ultimă instanţă pentru tratamentul ileusului, ar trebui încercată rahianestezia superioară cu Tropacocaină.

Acţiunea acestui preparat se exercită asupra simpaticului pe care îl blochează înlesnind astfel preponderenţa fibrelor excito-peristaltice ale vagului.

Tratamentul urticariei de *Prof. Dr. K. Klare*, (Scheidigg/Allgäu), Hippokrates 1936, Fasc. 10, pag. 285/86.

Se referă despre o femee în vârstă de 39 ani care a prezentat după o manipulare de brânduşe, o urticarie foarte puternică dar care a cedat complect după puţine ore prin 2 fiole de *Ephetonină de câte 0,01 gr.* şi o injecţiune cu gluconat de calciu. După câteva săptămâni bolnava a făcut un nou pusseu urticarian după ingerarea de fragi, care a cedat de asemenea imediat prin acelaş tratament.

Autorul insistă asupra faptului că până în prezent nu a cunoscut nici un alt mod de tratament care să facă să cedeze o urticarie într'un timp atât de scurt

D. Stanca şi *N. Gherman*: **„Progresul realizat în tratamentul gripei şi complicaţiunilor ei"**, „Clujul Medical", 1936, Nr. 11.

In cazuri acute de gripă şi îmbolnăviri catarale a fost posibil adeseori de a cupa de-adreptul cursul boalei prin injecţia intragluteală de 2 fiole Cardiazol-Chinină. S'a putut evita prin metoda aceasta ivirea unor complicaţii eventuale. Când era vorba de forme cronice cu complicaţii ameninţătoare s'au chiar existente, efectul Cardiazol-Chininei nu era aşa de repede ca în cazuri acute, dar s'a putut obţine întotdeauna vindecare completă fără recidive în decursul de 1—2 săptămâni, puţin mai târziu în cazuri cu complicaţiuni. După părerea autorilor Cardiazol-Chinină constitue, pe drept cuvânt, un adevărat progres în terapeutica medicamentoasă.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu.

A. Conferinţe.

In cadrele ciclului de conferinţe organizate de către Despărţământul Sibiu al „Astrei" la „Universitatea populară", au ţinut conferinţe următorii medici, membri ai Colegiului şi Asociaţiei noastre:

In 25 Ianuarie 1937 Docent Dr. Octavian Filipescu *despre: „Bolile acute abdominale cu indicaţii de urgenţă pentru operaţie";*

In 27 Ianuarie 1937 medic primar Dr. Cornel Manta *despre: „Influenţa climei asupra sănătăţii";*

In 1 Februarie 1937 medic primar Dr. Gh. Păcurariu *despre: „Ingrijirea pielei";*

In 3 Februarie 1937 Domnul Inspector General Sanitar Dr. Gh. Preda *despre: „Psihologia luptei de trai şi a câmpului de bătaie".*

B. Activitatea medico-socială.

Echipa compusă din medicii specialişti: Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. L. Ionaşiu, Dr. Gh. Păcurariu, Dr. I. Gheorghiu, Dr. I. Matinca, Dr. L. Stupariu, Dr. C. Banu şi D-şoara Revizoare M. Manta, — *au continuat ancheta medico-socială în mediul şcolar, examinându-se din toate punctele de vedere elevii şcolari dela şcolile primare din comunele rurale ale judeţului.*

In ziua de 11 Ianuarie echipa s'a deplasat la Ocna-Sibiului unde în colaborare cu medicul circumscripţiei Dr. I. Löwy şi cu corpul didactic al şcolii s'au examinat minuţios 90 elevi;

In 13 Ianuarie 1937 s'au examinat 92 elevi;

In 20 Ianuarie 1937 au fost examinaţi 87 elevi;

In 25 Ianuarie 1937 s'au examinat 81 elevi.

Ancheta medico-socială în mediul şcolar este în continuare.

† Dr. Alexandru Măcelariu.

In ziua de 27 Decemvrie 1936, a încetat din viaţă doctorul Alexandru Măcelariu, fost medic primar al judeţului Târnava Mică, preşedinte al Colegiului Medicilor din acest judeţ şi membru în comitetul de redacţie al revistei noastre.

Dr. Alexandru Măcelariu moare pe neaşteptate, în vârstă de abia 47 de ani, după o viaţă de trudă, de privaţiuni şi de muncă neîncetată depusă pentru binele semenilor săi şi pentru promovarea sănătăţii publice.

Originar din Blaj, oraş cu tradiţii atât de glorioase în istoria Neamului românesc, el şi-a luat partea lui de muncă şi de sacrificiu în lupta dusă pentru împlinirea idealului nostru naţional; a fost unul dintre organizatorii şi conducătorii legiunei voluntarilor români din Italia; iar după războiu în calitate de medic de circumscripţie şi medic primar de judeţ, şi-a pus toată priceperea, destoinicia în serviciul Patriei române pe care a iubit-o şi a servit-o cu credinţă până în ultima clipă a vieţii sale.

Sub aparenţa unei rare şi frumoase modestii, doctorul Măcelariu dispunea de vaste şi temeinice cunoştinţe în domeniul medical dar avea mai ales o mare experienţă şi rutină pe terenul administraţiei sanitare. Cunoştinţele şi experienţa sa l-a impus la locul de conducere pe care l-a ocupat, iar munca pe care a depus-o pe acest teren greu şi spinos, i-au asigurat stima şi aprecierea superiorilor săi. Bunătatea sufletului său, împreunată cu acel frumos sentiment de camaraderie şi de colegialitate care l-au caracterizat în totdeauna, au făcut ca doctorul Măcelariu să fie pentru subalternii săi un frate mai mare, un îndrumător înţelept şi un coleg şi prieten desăvârşit. Obiectivitatea şi cinstea lui personală au imprimat acţiunilor sale o notă de autoritate şi de prestigiu necontestat în faţa opiniei publice şi în faţa autorităţilor care l-au apreciat şi iubit.

Prin moartea doctorului Măcelariu dispare încă o figură distinsă a corpului medical din această regiune, iar Blajul, oraşul lui de

origine şi terenul de muncă al vieţii sale pierde un îndrumător devotat şi priceput şi pe un cetăţean de mare valoare.

Revista „Sibiul Medical", deplânge moartea distinsului membru al comitetului de redacţie şi pe unul din susţinătorii săi.

Binecuvântată să fie memoria lui.

† Dr. Aurel Ijac.

In 15 Februarie 1937, a decedat vrednicul medic de circumscripţie sanitară dela Teiuş, judeţul Alba, doctorul Aurel Ijac.

Descedent dintr'o harnică familie de preoţi români din Banat. Doctorul Ijac Aurel, după absolvirea Facultăţii de Medicină din Cluj, face serviciul militar activ în fosta armată austro-ungară, ajungând la gradul de medic căpitan în anul 1907. La această dată părăseşte cadrele active ale armatei fiind ales medic de circumscripţie în judeţul Mureş-Turda de unde trece în anul 1911 ca medic la circumscripţia sanitară rurală Teiuş. A împlinit funcţia de medic sanitar în această circumscripţie timp de 26 de ani, îndeplinindu-şi serviciul cu multă conştiinţă şi cu un deosebit devotament spre mulţumirea superiorilor săi şi spre binele populaţiei numeroase din această circumscripţie.

In ultimii ani ai vieţii sale suferind de o boală gravă a fost stângenit în activitatea sa prodigioasă, totuşi şi-a îndeplinit datoria cu multă abnegaţie până în ultimele luni ale vieţii sale.

Doctorul Aurel Ijac moare în vârstă de 59 ani şi prin el corpul medicilor sanitari pierde pe un membru distins aparţinător vechei generaţii de medici de circumscripţie.

Dumnezeu să-l odihnească în pace.

Comunicate oficiale ale Colegiului şi ale Asociaţiei Generale a Medicilor, Filiala Sibiu.

Constituirea Comitetului executiv al Colegiilor Medicale din România şi a Comisiei Centrale de Apel.

In ziua de 27 Ianuarie 1937, preşedinţii tuturor Colegiilor Medicale din ţară, întruniţi în şedinţă la Bucureşti au ales prin vot secret pe membrii Comitetului executiv central, precum şi pe membrii Comisiei Centrale de Apel a Colegiilor pe o nouă perioadă de 3 ani.

In comitetul executiv au fost aleşi:

Preşedinte: Profesor Dr. N. Minovici, preşedintele Coleg. Ilfov;

Membrii: Prof. Dr. C. Tătaru, Preşed. Colegiului Cluj.
Prof. I. Raşcanu „ „ Iaşi.
Dr. M. Isacescu „ „ Constanţa şi
Dr. G. Laşcu „ „ Lăpuşna.

In Comisia centrală de apel au fost aleşi:

Dr. I. Stoichiţia Preşed. Colegiului Sibiu.
Dr. I. Panea „ „ Putna.
Dr. G. Procopiu „ „ Vlaşca.
Dr. H. Machelarie „ „ Muscel.
Dr. N. Teişanu „ „ Buzău.

Preşedinte al acestei Comisii este Domnul E. C. Aslan, consilier la Curtea de Apel din Bucureşti.

Propuneri de modificare a legii şi regulamentului privitoare la Colegiile Medicale.

Comitetul executiv al Colegiilor Medicilor din România a trimis filialelor judeţene următoarele propuneri de modificare a Legii sanitare şi a regulamentului privitoare la Colegiile Medicale.

Articole existente în lege.	Propuneri necesare.
Art. 172. *Colegiul medicilor este autorizat şi obligat de a urmări prin parchet pe oricine va fi dovedit că face practică ilegală a medicinei, pe cei cari vor prepara şi vinde publicului medicamente fără a avea ordonanţe medi-*	Art. 172 se va şterge: *precum şi pe cei cari vor contraveni dispoziţiunilor articolului precedent.*

cale, precum şi pe acei cari vor contraveni dispoziţiunilor articolului precedent.

Art. 173. *Medicii înscrişi în Colegiu vor plăti o cotizatie care se va fixa de Consiliul general.*

Produsul acestor cotizaţiuni va servi pentru acoperirea cheltuelilor de administraţiune pentru a veni în ajutorul medicilor invalizi, văduvelor şi orfanilor medicilor înscrişi precum şi pentru crearea de instituţiuni cu scop filantropic sau ştiinţific.

Art. 177. *Comisiunea de disciplină va putea pronunţa, după gravitatea învinuirii următoarele pedepse:*

a) *Avertismentul;*

b) *Avertismentul cu ridicarea dreptului de a fi ales în consiliu pentru un timp de 1—3 ani;*

c) *Interdicţiunea temporară a practicei medicale;*

d) *Radierea de pe tabloul Colegiului.*

Art. 173. Se va adăoga:

Neplata cotizaţiei atrage darea în judecată comisiei de disciplină care va aplica sancţiunile legale prevăzute la Art. 177.

Art. 177. Se va adăuga:

După litera b) *şi lit.* c) *amenda dela 1—5000 Lei sau mai mult, în folosul Casei de ajutor.*

Art. 178 bis. *Acest articol se va formula în modul următor: Colegiile medicilor sunt persoane morale şi juridice şi se pot prezinta ca atare în faţa instanţelor judecătoreşti.*

Articolele existente în regulament:

Art. 30. *Medicii înscrişi în Colegiu vor plăti o cotizaţie care se va fixa de consiliul general la 365 Lei anual.*

Art. 39. *Este interzis medicilor în scopul de a atrage clientelă, întrebuinţarea mijloacelor incompatibile cu demnitatea profesiunei.*

A) *Şarlatanismul.*

B) *Fapte nedemne.*

Propuneri necesare:

Art. 30. Se va şterge: *365 Lei anual.*

Art. 39. Se va adăoga în paranteză *(firme, afişe, ziare, etc.)*

Art. 41. *Comisia de disciplină va fi formată din Consiliul Colegiului şi va funcţiona cu cel puţin trei membri.*	Art. 41. Se va adăuga după al treilea rând: *traşi la sorţi anual.*
Art. 43. *Comisiunea de disciplină va putea pronunţa după gravitatea invinuirii, următoarele pedepse:* a) *Avertismentul;* b) *Avertismentul cu ridicarea dreptului de a fi ales în Consiliu pe timp de un an până la 3 ani;* c) *Interdicţie temporară a practicei medicale, dela 15 zile până la 1 an;* d) *Radierea de pe tabloul Colegiului.*	Art. 43. Se va adăuga între sancţiuni: *amenda dela 1—5000 Lei.*
	Se va adăuga art. 62. *Serviciul sanitar va cere avizul Colegiului respectiv la acordarea liberei practice în localitatea respectivă pentru toţi medicii cari vor deschide cabinet de consultaţii, policlinici, clinici particulare.*

Rugăm pe toţi colegii, membrii ai Filialei Sibiu, să binevoiască a studia aceste propuneri de modificare, pentru a-şi putea spune cuvântul în şedinţa filialei din 17 Martie 1937, *când se va pune în discuţie aceasta chestiune.*

Salarizarea şi gradaţiile medicilor funcţionari.

Comitetul Asociaţiei Generale a Medicilor din România în şedinţele ţinute la 26 Ianuarie şi 23 Februarie 1937 şi Comitetul Asociaţiei Medicilor Sanitari în şedinţa ţinută la 4 Martie 1937 s'a ocupat din nou de problema salarizării şi gradaţiilor medicilor funcţionari. S'au hotărît demersuri energice pe lângă Ministerul Sănătăţii şi Ministerul de Finanţe, pe de o parte, pentru ameliorarea salarizării, iar pe de altă parte, pentru recalcularea gradaţiilor în conformitate cu dispoziţiile categorice din legea sanitară.

Până în prezent nu s'a putut obţine decât un rezultat parţial şi anume ameliorarea salarului medicilor de circumscripţie sanitară rurală, pentru cari s'au introdus în bugetul pe anul 1937/1938, un salar iniţial de 8150 Lei, rămânând ca celelalte categorii de medici să primească şi în viitor salariile din anii precedenţi.

In ceeace priveşte recalcularea gradaţiilor, cu toată bunăvoinţa întâlnită la Domnul Ministru al Sănătăţii, pentru moment, nu s'a putut ajunge la un rezultat pozitiv, din cauza opoziţiei Ministerului de Finanţe.

Adresa Colegiului Farmaceutic judeţean Sibiu.

Farmaciştii din localitate au înaintat o adresă Colegiului Medicilor din Sibiu, prin care cer ca medicii să nu mai recomande clienţilor lor anumite farmacii dându-le în mână chiar bilete tipărite cu adresa farmaciilor recomandate. Colegiul farmaceutic ne roagă ca în interesul prestigiului corpului farmaceutic, medicii să nu mai recomande farmacii în acest mod care ar putea da de bănuit bolnavului, că între medic şi farmacist ar putea să existe înţelegere sau legături de afacere.

Consiliul Colegiului Medicilor din Sibiu roagă pe toţi medicii, membrii ai acestui Colegiu ca să evite în viitor asemenea procedee.

Plata cotizaţiilor către Colegiul Medicilor.

Comitetul Executiv Central al Colegiilor Medicilor din România prin adresa Nr. 49 din 23 Februarie 1937, aduce la cunoştinţa tuturor medicilor cu drept de liberă practică a medicinei că pentru anul 1937 s'a fixat cotizaţia anuală la suma de Lei 200.

Totodată Comitetul executiv impune filialelor judeţene încasarea cotizaţiilor în termen de 15 zile, dimpreună cu toate restanţele de pe anii precedenţi.

Pentru medicii cari nu-şi îndeplinesc în mod punctual aceasta îndatorire elementară, Comitetul executiv cere, ca după ce se va da un ultim aviz, să se întocmească un tablou de toţi restanţierii, cari vor fi daţi în judecata Comisiei disciplinare, pentru a fi radiaţi de pe tablourile colegiilor. Comitetul executiv ne mai pune în vedere că numele restanţierilor va fi publicat şi în Buletinul Asociaţiei Generale a Medicilor.

Reamintind cu aceasta ocaziune dispoziţiile categorice din Legea sanitară care spun că nici un medic nu poate exercita medicina dacă nu este membru al Colegiului Medicilor, şi pentru a evita orice neplăcere, rugăm stăruitor pe toţi colegii membri ai filialei Sibiu, să binevoiască a achita cotizaţiile de membru fără întârziere.

Numiri în funcţii. *Medicii mai jos menţionaţi, se numesc prin decret regal în urma concursului ce au depus, în posturile de medici secundari ce au ales în ordinea clasificaţiei, în specialitatea notată, cum şi pe termen de patru ani, conform legii, pe ziua de 1 Martie 1937.*

In specialitatea chirurgie: *Dl Dr. Matinca Iosif, la spitalul din Sibiu; Dl Dr. Iliescu Gh., la spitalul oftalmologic Braşov; Dl Dr. Nistor Nicolae, la spitalul mixt din Odorhei; Dl Dr. Marcovici Lazăr, la spitalul din Dicio-sânmărtin.*

Concursuri. *Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în ziua de Luni, 31 Mai 1937, ora 9, va începe în Bucureşti, la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, din Calea Griviţei Nr. 64—66 examenul de capacitate pentru medicii sanitari de circ. urbane, rurale şi medici comunali.*

Au drept să se prezinte la acest examen toţi cei care îndeplinesc condiţiunile art. 196 din legea sanitară şi de ocrotire şi condiţiunile speciale dela art. 7 din legea modificatoare a legii sanitare, publicată în Monitorul Oficial Nr. 164 din 19 Iulie 1934 şi anume:

Condiţiuni generale:

a) *Să fie doctor în medicină cu dreptul de liberă practică în ţară;*

b) *Să fie cetăţean român;*

c) *Să nu fie condamnat prin hotărîre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă:*

d) *Să nu fie exclus definitiv din Corpul funcţionarilor ministerului sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute de prezenta lege;*

e) *Să nu fie destituit din alte funcţiuni publice sau căzut în vreuna din pedepsele care, după legile privitoare la funcţionarii publici, le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni;*

f) *Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării.*

Condiţiuni speciale:

Candidaţii vor dovedi că au un stagiu de câte 3 luni de zile după obţinerea titlului de doctor în medicină, într'un serviciu de boale infecţioase, de obstetrică şi de pediatrie. Sunt dispensaţi de acest stagiu internii cu concurs ai spitalelor, medicii auxiliari şi preparatorii de clinici, care vor dovedi că au făcut aceste stagii.

Medicii care au diplome de igienişti, sunt dispensaţi de aceste stagii, dacă le-au făcut în timpul cursului său anterior.

Concursul constă din următoarele probe:

1. *O probă scrisă din igienă şi boale infecţioase.*
2. *O probă clinică de medicină internă sau medicină infantilă.*
3. *O probă obstetrică.*

Candidaţii care cer înscrierea pentru examen, vor trebui să înainteze Ministerului Muncii, Sănătăţii şi ocrotirilor Sociale cererile lor, însoţite de acte şi suma de 1000 Lei, cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea examenului.

Conferirea titlului de inspector. *Prin decretul regal Nr. 2393 din 16 Octomvrie 1936, următorii medici se înaintează la gradul de inspector general sanitar, în baza avizului dat de Consiliul superior al sănătăţii şi*

ocrotirilor, în şedinţa dela 30 Septemvrie 1936, şi în conformitate cu art. 229 din legea sanitară şi de ocrotire, şi anume:

Dl Dr. Demetru Paulian, medic primar neurolog al Serviciului neurologic din Institutul de boli mintale, nervoase şi endocrinologice, din Bucureşti.

Dl Dr. Ioan Panea, medic primar al jud. Putna.

Dl Dr. Dimitrie Paşcanu, medic de circ. urbană Bucureşti.

Dl Dr. Dumitru Popescu, medic primar al jud. Prahova.

Dl Dr. Radu Andrei, medic şef al Municipiului Ploieşti.

Dl Dr. Zeno Dumitreanu, medic primar al jud. Bihor.

Dl Dr. Bazil Başiota, medic primar al jud. Cluj.

Dl Dr. Teodor Teodoru, medic primar al jud. Fălciu.

Dl Dr. Gheorghe Zugravu, medic şef director al biroului de ocrotire Cluj.

Dl Dr. Iosif Nemoianu, medic şef al centrului pentru acrotirea copiilor din Timişoara.

Dl Dr. C. N. Vasiliu, medic primar al jud. Iaşi.

Dl Dr. Axente Iancu, medic şef director al centrului pentru ocrotirea copiilor din Cluj.

Dl Dr. Eugen Nicoară, medic primar al spitalului din Reghin, jud. Mureş.

Loc vacant de Inspector general sanitar. *In Monitorul Oficial cu Nr. 23 din 29 Ianuarie 1937, s'a publicat vacant postul de Inspector G-ral Sanitar al regiunei Cernăuţi.*

Comisiunile regionale de disciplină ale Ministerului Sănătăţii. *S'au numit de Ministerul Sănătăţei următoarele comisiuni regionale de disciplină:*

Inspectoratul general sanitar Cernăuţi.

1. Dl Dr. Philipovici Iona, *Medic primar al Spitalului Cernăuţi, membru titular, delegat de minister.*

2. Dl Dr. Ilie Bruja, *Medic primar al Spitalului Cernăuţi, membru supleant.*

3. Dl Dr. Daniil N., *Medic primar, director Spit. „Regele Carol II", din Cernăuţi, membru titular, delegat de Asociaţia generală a medicilor.*

4. Dl Dr. Patraş S., *Medic primar Spit. „Regele Carol II", supleant.*

Inspectoratul general sanitar Chişinău.

1. Dl Dr. Papinian Ioan, *Medic director al Spitalului „Regina Maria" din Chişinău, membru titular, delegat de minister.*

2. Dl Dr. Teodor Guţu, *Medic laborant Spit. din Chişinău, membru supleant.*

3. *Dl Dr.* Laşcu Gh., *Medic primar director al Spitalului Costiugeni, membru titular, delegat de Asociaţia generală a medicilor.*

4. *Dl Dr.* Sârbulescu V., *Medic primar Spitalul Central Chişinău, membru supleant.*

Inspectoratul general sanitar Cluj.

1. *Dl Dr.* Constantin Stanca, *Medic primar, spitalul de femei Cluj, membru titular, delegat de minister.*

2. *Dl Dr.* Rădulescu Alex., *Medic primar, director al spit. de ortopedie şi chirurgie infantilă, membru supleant.*

3. *Dl Prof. Dr.* C. Tătaru, *membru titular, delegat de Asociaţia generală a medicilor din România.*

4. *Dl Dr.* Poţ Liviu, *membru supleant.*

Inspectoratul general sanitar Craiova.

1. *Dl Dr.* Voiculescu Toma, *Medic primar Spitalul Filantropia, Craiova, membru titular, delegat de minister.*

2. *Dl Dr.* Corneliu Stăncescu, *Medic primar, Spitalul „Preda" din Craiova, membru supleant.*

3. *Dl Dr.* Cănciulescu M., *Medic primar Spitalul Filantropia, membru titular, delegat de Asociaţia generală a medicilor.*

4. *Dl Dr.* Florantin A., *Medic primar al jud. Vâlcea, membru supleant.*

Inspectoratul general sanitar Timişoara.

1. *Dl Dr.* Alexandru Miletici, *Directorul Spitalului de Stat din Timişoara, membru titular, delegat de minister.*

2. *Dl Dr.* Virgil Popovici, *Medic primar Spitalul Timişoara, membru supleant.*

3. *Dl Dr.* Liviu Gabor, *membru titular, delegat de Asociaţia generală a medicilor.*

4. *Dl Dr.* Todan Iosif, *membru supleant.*

Inspectoratul general sanitar Iaşi.

1. *Dl Dr.* Vasiliu Constantin, *Medic primar al jud. Iaşi, membru titular, delegat de minister.*

2. *Dl Prof. Dr.* Balif Leon, *Medic primar, director al Spitalului Socola, Iaşi, membru supleant.*

3. *Dl Dr.* Berbeciu M., *membru titular, delegat de Asociaţia generală a medicilor.*

4. *Dl Dr.* Ţimpoc Gh., *membru supleant.*

Inspectoratul general sanitar Sibiu.

1. *Dl Dr.* Preda Gh., *Medic primar, director al spitalului de boli mintale Sibiu, membru titular, delegat de minister.*

2. Dl Dr. Ionașiu Liviu, *Medic primar Spitalul de boli mintale Sibiu, membru supleant.*

3. Dl Dr. Filipescu Octav, *Medic primar, director al Spitalului public Sibiu, membru titular, delegat de Asociația generală a medicilor.*

4. Dl Dr. Păcurariu Gh., *Medic primar Spitalul public Sibiu, membru supleant.*

Locuri de medici primari vacante. *In Monitorul Oficial Nr. 16 din 21 Ianuarie 1937 s'au publicat vacante posturile de medici primari ai județelor Târnava-Mică și Teleorman.*

Lista congreselor și a manifestațiunilor medicale din anul 1937. *Vor mai avea loc în cursul anului 1937 următoarele congrese:*

8. Octomvrie. A XXXIX-a Reuniune anuală a Societății franceze de ortopedie, Paris.

Inscrieri: M. Roederer, 10, rue de Petrograd, Paris 8.

17 Octomvrie. Al IV-lea Congres anual al Societății de broncho-esofagoscopie de limbă franceză, Paris.

Secretar general: M. Soulas, 14, rue de Magdebourg, Paris.

25—28 Noemvrie. Cele de ale XIV-lea zile dentare, Paris.

Secretar general: M. Sudaka, 143, avenue Emile Zola, Paris.

1 Decemvrie. Congres Internațional de oftalmologie, Cairo.

Secretar general: M. Van Duyse, 13, place Van Artevelde, Gand (Belgia).

Decemvrie. Adunarea generală a comitetului executiv al Asociației internațional a profilaxiei cecității, Cairo.

Primul Congres internațional de Pyretoterapie. *Primul Congres iuternaționale de Pyretoterapie va avea loc la Columbia University din New-York la 29, 30 și 31 Martie 1937.*

Se vor prezenta rapoarte asupra modului de acțiune și rezultatele obținute prin piretoterapie, ori care ar fi agentul piretogen întrebuințat.

Comitetul francez care a fost însărcinat cu organizarea europeană este alcătuit după cum urmează:

Sub înaltul patronaj al d-lui Ministru al Sănătății Publice și Președintele de onoare dl Profesor d'Arsonval.

Președinte: dl Prof. Abrami.

Comitetul: d-nii Prof. Alajouanine, Binet, Claude, Gougerot, Janet, Lardennois, Laubry, Levaditi.

Secretariatul general: D-rii Andrè Halphen și J. Auclair, 222 bis, rue Marcadet.

Din cauza depărtării sediului congresului şi al diseminării congresiştilor s'a constituit un comitet naţional pentru fiecare ţară europeană şi s'a decis a se face un raport unic pe specialitate.

Comunicările primite la secretariatul general înainte de 15 Februarie 1937 vor fi prezentate la New-York imediat după rapoarte de către membrii Comitetului francez.

Fiecare raport va fi urmat de discuţie.

Pentru ca un mare număr de confraţi să poată face deplasarea dela New-York cu ocazia acestui Congres, care trebue să aibă cel mai mare răsunet, Wagons Lits Cook în colaborare cu Compania Generală Transatlantică au organizat o călătorie forfetară:

Plecarea dela Havre prin Paris la 17 Martie, sosirea la New-York la 24, la 25, 26, 27 vizite la New-York, Philadelphia, Washington.

Recepţia la Preşedintele Roosvelt, etc.

Intoarcerea cu „Ile de France" care soseşte la Havre la 7 Aprilie. Preţul în clasa de turism va fi de aproape 310 dolari.

Rapoartele şi discuţiile vor fi publicate în limba franceză, engleză şi germană.

Cotizaţia pentru înscrierea la Congres este de 5 dolari (100 franci).

Cotizaţia pentru congresiştii cari se vor deplasa la New-York şi vor profita de multiplele avantagii inerente, este de 15 dolari (300 franci).

Familiile congresiştilor cari doresc să-i însoţească la New-York vor plăti drept înscriere 5 dolari (100 franci).

Registrul de înscrieri este deschis de pe acum.

Adeziunile precum şi preţul cotizaţiilor vor fi adresate Secretariatului General D-rii A. Halpheln şi J. Auclair, 222 bis, rue Marcadet, Paris 18.

Eforiile sanitare rurale. *Dl Dr. I. Costinescu, Ministrul Sănătăţii, a trimis de curând următoarea circulară tuturor inspectoratelor generale sanitare şi serviciului sanitar al Municipiului Bucureşti:*

Ministerul urmărind a asigura populaţiei noastre rurale o cât mai bună asistenţă medico-sanitară, doreşte a se pune cât mai neîntârziat în practică dispoziţiunile legii şi regulamentului eforiilor sanitare şi de ocrotire.

In acest scop, vă rugăm să binevoiţi a lua următoarele măsuri:

Se vor forma eforii sanitare în fiecare comună rurală, fiecare având în programul său şi câte un dispensar medical. La conducerea eforiei vor lua parte: medicul circumscripţiei, ca preşedinte al eforiei, toţi învăţătorii din comună, preotul paroh, notarul şi primarul, cum şi câţiva fruntaşi cari ar putea fi folositori în orice chip eforiei respective.

Aceste eforii se vor ocupa intens de starea sanitară a satelor, de propagandă igienico-sanitară în massele populare, de administrarea localului

dispensarului, de chestiunea băii populare şi mijloacelor de deparazitare şi desinfecţie, de combaterea subalimentaţiei şi de protecţia mamei în cursul ultimelor două luni de sarcină, de protecţia copilului la toate vârstele.

In localităţile în cari nu există localuri speciale de dispensar, se va forma un comitet de construcţie, care va lucra de acord cu comitetul eforiei sanitare, căreia îi va preda localul la terminare.

In localităţile în cari există un local de dispensar, eforia sanitară va avea în permanentă grijă desvoltarea lui şi întreţinerea perfectă a localului şi materialului.

Ministerul a intervenit pe lângă departamentele instrucţiei publice, al cultelor şi internelor, ca aceste administraţiuni să dea ordinele cuvenite organelor locale, pentru a participa cu interes şi căldură la organizarea eforiilor.

In ce priveşte medicii de circumscripţii, ministerul aşteaptă ca ei să desvolte o activitate plină de tact şi de patriotism, întrunind în mănunchiu toate iniţiativele şi bunavoinţele locale, în scopul de a realiza o conlucrare efectivă şi armonioasă, dela care se poate aştepta cel mai mult bine pentru populaţia ţării noastre.

In rapoartele dvs. periodice, vă rugăm să binevoiţi a arăta ministerului tot ceea ce se va realiza în această direcţie, prin care se oferă medicilor un mijloc sigur de a-şi arăta puterea de muncă şi de iniţiativă personală.

Anunţ. Luni 15 Martie a. c., ora 9 dimineaţa va începe în amfiteatrul Institutului Clinico-Obstetrical „Maternitatea", un curs de clinică şi practică obstetricală pentru medici şi absolvenţii facultăţii de medicină, curs care va dura până în ziua de 17 Aprilie a. c., inclusiv.

Auditorii vor lucra efectiv sub conducerea asistenţilor clinicei, în sălile de facere, de operaţiuni şi de lehuze.

Cei ce doresc să urmeze acest curs se vor înscrie la secretariatul Institutului (Spitalul Filantropia) până în ziua de 14 Martie a. c.

Dela Societatea de Psihologie Medicală Sibiu.

Societatea de Psihologie Medicală din Sibiu, a ţinut, sub prezidenţia dlui Insp. Gen. Dr. G. Preda, următoarele şedinţe ştiinţifice:

16 Ianuarie 1937:

Dr. G. Preda: „Testele de inteligenţă în practica psihiatrică". (Conferinţă)

23 Ianuarie 1937:

Dr. G. Preda: „Testele de caracter în practica psihiatrică". (Conferinţă).

27 Ianuarie 1937:

Dr. T. Stoenescu: „Fiziopatologia lichidului cefalorachidian". (Conferinţă).

4 Februarie 1937:

1. Dr. T. Stoenescu: „Fiziopatologia lichidului cefalorachidian". (Continuare).

2. Dr. M. Sumea: „Indrumări universitare". (Recenzie).

12 Februarie 1937:

1. Dr. C. Lungu: „Recenzarea unui articol din Revista Spitalelor".

2. S. Cupcea: „Unificarea vocabularului la conferința Psihotehnică din Moscova". (Comunicare).

16 Februarie 1937:

S. Cupcea: „Igiena mintală și Eugenia". (Recenzii).

23 Februarie 1937:

Dr. G. Preda: „Incercările operatorii în psihoze" (dări de seamă).

Prin decizia ministerială Nr. 136.289 din 20 Februarie 1937, serviciul chirurgical dela Spitalul de Stat din Timișoara, va purta în viitor numele de: Serviciul chirurgical Dr. Aurel Cândea.

Se aduce la cunoștință că, în luna Mai 1937, vor începe la București concursurile de specialitate după cum urmează:

1. Sâmbătă, 8 Mai 1937, ora 9, tuberculoza.

2. Joi, 13 Mai 1937, ora 9, obstetrică și ginecologie.

3. Sâmbătă, 15 Mai 1937, ora 9, stomatologie.

4. Miercuri, 19 Mai 1937, ora 9, radiologie.

5. Sâmbătă, 22 Mai 1937, ora 9, ortopedie și chirurgie infantilă.

6. Marți, 25 Mai 1937, ora 9, dermato-venerice.

7. Sâmbătă, 29 Mai 1937, ora 9, medicină internă.

Au drept să se prezinte la aceste concursuri toți cei cari indeplinesc condițiunile prevăzute de art. 196, din legea sanitară și condițiunile speciale dela art. 10, din legea pentru modificarea legii sanitare și de ocrotire și publicată în Monitorul Oficial Nr. 164 din 19 Iulie 1934 și anume:

a) *Să fie doctor în medicină;*

b) *Să fie cetățean român;*

c) *Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;*

d) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcționarilor Ministerului sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu, pentru vreunul din cazurile prevăzute de legea sanitară;*

e) *Să nu fie destituit din alte funcțiuni publice sau căzut în vreuna din pedepsele care, după legile privitoare la funcționarii publici, le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcțiuni;*

f) *Bărbații să fi satisfăcut legea recrutării.*

Condiţiunile speciale:

Candidaţii vor dovedi că au cel puţin 5 ani practică medicală şi un stagiu spitalicesc de cel puţin 3 ani în specialitatea pentru care se dă concursul.

Sunt dispensaţi de aceste stagii.

Pentru specialitatea medicină internă:

Medicii care au condus cel puţin 3 ani, cu titlul definitiv un spital mixt.

Medicii care au diploma de specialitate, emisă de Facultatea de medicină, în ramura respectivă, sunt dispensaţi de stagiul spitalicesc de specialitate.

Stagiul de practică medicală este redus la 3 ani pentru foştii interni cu concurs ai Eforiei Spitalelor Civile, dacă au funcţionat în mod efectiv cel puţin trei ani.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă titluri, lucrări şi activitate în specialitate.

2. Două probe clinice pe 2 bolnavi şi anume:

Pentru posturile de medicină internă un bolnav afectat de o boală internă şi de o boală infecţioasă epidemică.

Pentru posturile de chirurgie, 2 bolnavi atinşi de o boală chirurgicală.

Pentru posturile de specialităţi, două probe clinice din specialitatea pentru care se concurează.

3. Două probe practice, dintre care:

a) *O operaţiune pe cadavru din specialitatea pentru care concurează, şi*

b) *O probă de anatomie patologică pe piese preparate pentru chirurgie generală şi specialităţile sale.*

Pentru medicină internă şi specialităţile în legătură cu ea, 2 probe practice dintre care:

a) *O probă de anatomie patologică şi*

b) *O probă de laborator (bacteriologie sau chimie biologică cu aplicaţie la clinică).*

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii, calea Griviţei Nr. 64, Bucureşti, cererile lor însoţite de acte şi suma de Lei 2000, cu cel puţin 30 zile înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Mare mişcare în corpul medical. Prin decretul regal Nr. 2387 din 26 Octomvrie 1936, se face următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului comisiunii administrative ce funcţionează pe lângă acest minister, dat prin procesul-verbal cu Nr. 9 din şedinţa dela 8 Octomvrie 1936, şi anume:

Dl farmacist Nicolae Petrescu, actual inspector general farmaceutic, se încadrează, conform dispoziţiunilor art. 24 din legea pentru organizarea Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale din 31 Iulie 1936 şi se confirmă definitiv în calitate de inspector general farmaceutic, conducător al Serviciului farmaciilor şi drogheriilor din minister.

D-na Dr. Maria C. Faur, actual medic şcolar provizoriu la Municipiul Iaşi, fost medic şcolar definitiv, se reconfirmă cu titlul definitiv, în postul ce ocupă.

Dl Dr. Diminescu Aurel se încadrează definitiv, în urma concursului depus, în postul de medic primar stomatolog la ambulatorul dentistic din Timişoara, după cum postul a fost prevăzut prin bugetul pe anul 1936—1937.

Dl Dr. Gr. Popescu-Breasta se confirmă, în urma concursului ce a depus, în postul de medic secundar, la secţia dermato-venerică dela spitalul Filantropia din Craiova, pe timp de 4 ani, conform legii, cu începere dela 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Ivan Cornel, actual medic definitiv al spitalului mixt Balta, din judeţul Mehedinţi, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al spitalului mixt Brad, din jud. Hunedoara, dependinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale, pe ziua de 1 Noemvrie 1936.

D-na Dr. Maria Sili-Rădulescu, actual medic definitiv de circ. urbană, la Municipiul Brăila, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic sanitar pentru controlul femeilor, la Serviciul Sanitar al Capitalei (dispensarul de control al femeilor), pe ziua de 15 Nov. 1936.

D-na Dr. Maria Lungulescu, actual medic stagiar al circ. Jugureni, din jud. Dâmboviţa, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic, la Serviciul igienei şcolare din Bucureşti, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Al. Iliescu, actual medic definitiv al circ. Huedin, din judeţul Cluj, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic de circ. urbană la Municipiul Constanţa, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Emil Pop, actual medic definitiv al circ. Vaşcău, din judeţul Bihor, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic de circ. urbană la oraşul Beiuş, jud. Bihor, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Stoenescu Ioan, actual medic definitiv al circ. Căineni, din judeţul Argeş, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Jiblea, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. S. Mihălţeanu, actual medic stagiar al circ. Fărău, din jud. Alba, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Ciumbrud, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

D-na Dr. Taisic Vărzar Sapcinschi, actual medic stagiar al circ. Horodişte, din jud. Bălţi, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Mihăileni, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Traian Ionescu, actual medic stagiar al circ. Movila Miresei, din jud. Brăila, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Radu Negru, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Bodianu Eremia, actual medic stagiar al circ. Bicazul Ardelean, din judeţul Neamţ, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Bod, din jud. Braşov, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Tibuleac Ioan, actual medic stagiar al circ. Crăsnăşeni, din judeţul Orhei, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Cuciurul-mare, din jud. Cernăuţi, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Cornel Dăneţ, actual medic definitiv al circ. Sasca-Montană, din jud. Caraş, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Bocşa-Montană, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

D-na Dr. Minerva Olteanu, actual medic stagiar al circ. Mărgău, din judeţul Cluj, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Panticeu, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Perciun P. Nicolae, actual medic stagiar al circ. Jibert, din jud. Târnava-mare, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Ciucea, din jud. Cluj, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Petru Râmneanţu, fost medic sanitar definitiv, se reprimeşte, în baza art. 543 din legea sanitară şi de ocrotire, ca definitiv, în postul de medic sanitar (epidemiolog), la Serviciul Sanitar al Municipiului Cluj, plătit din bugetul Casei Sănătăţii, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Petre C. Teohari, actual medic definitiv al circ. Ilovăţ, din jud. Mehedinţi, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Tuzla, din judeţul Constanţa, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

D-na Dr. Sărăcăcianu Ecaterina, actual medic definitiv al circ. Bibeşti, din jud. Gorj, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Bălăneşti, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

D-na Dr. Aurelia Adam Radianov, actual medic stagiar al circ. Soleşti, din jud. Vaslui, se transferă definitiv, în postul de medic malariolog, la Institutul de igienă din Iaşi, conf. art. 35 din legea sanitară şi de ocrotire, fiind plătită din bugetul Casei Sănătăţii, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. C. Urzică, actual medic entomolog, provizoriu la Institutul de igienă din Iaşi, se confirmă, în urma recomandării institutului, ca definitiv, în postul ce ocupă, conform art. 35 din legea sanitară şi de ocrotire.

D-na Dr. Margareta Begulescu Pascu, se numeşte, în urma concursului ce a depus, în postul de medic dentist definitiv, la Institutul de igienă din Iaşi, plătită din bugetul Casei Sănătăţii, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

D-na Dr. Elena Georgescu, actual medic definitiv al circ. Brăiliţa, din judeţul Brăila, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Buftea, din judeţul Ilfov, pe ziua de 1 Ianuarie 1937.

Dl Dr. Manoilov Alexandru, actualul medic stagiar al circ. Scoreni, din jud. Lăpuşna, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Rezeni, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Cosma Alexandru, actualul medic stagiar al circ. Sărmaş, din judeţul Mureş, se transferă, în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Borsec, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Rotaru I. George, actual medic stagiar al circ. Siliştea, din judeţul Vlaşca, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Ştefăneşti, din judeţul Muscel, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Alexandrescu Dumitru, actual medic stagiar al circ. Bosanci, din jud. Suceava, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Dochia, din judeţul Neamţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Ion Grigore Teodorescu, actual medic stagiar al circ. „Ion Kalinderu", din jud. Olt, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Crâmpoaia, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Costache Constantin, actual medic stagiar al circ. Broscari, din jud. Mehedinţi, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Izvorul, din judeţul Olt, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Iacob Levcenco, actual medic stagiar al circ. Călugăreni, din jud. Neamţ, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Molovata, din judeţul Orhei, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr Lupu Ioan, actual medic stagiar al circ. Surduc, din jud. Sălaj, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Turţ, din judeţul Satu-mare, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Ioan Gh. Cosma, actual medic stagiar al circ. Bălceşti, din judeţul Cluj, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Sălacea, din judeţul Sălaj, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

D-na Dr. Lia Molnar, actual medic definitiv al circ. Bata, din judeţul Severin, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Balint, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Berzan Filip, actual medic stagiar al circ. Jirlău, din jud. R.-Sărat, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul, de medic al circ. Armeni din jud. Sibiu, pe ziua de 15 Nov. 1936.

D-na Dr. Curbet Groppa, actual medic stagiar al circ. Luncaviţa, din jud. Tulcea, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Broscăuţi, din jud. Storojineţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Rotariu Gh. Ioan, actual medic stagiar al circ. Uda de sus, din judeţul Argeş, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Vităneşti, din jud. Teleorman, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Grigore Tulcinschi, actual medic stagiar al circ. Mahmudia, din jud. Tulcea, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ Cataloi, din acelaş judeţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Bora Artenie, actualul medic definitiv al Spitalului mixt Tg.-Săcuesc, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al Spitalului Caransebeş, din jud. Severin, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Rotărescu Cezar, actual medic stagiar al circ. Ibăneşti, judeţul Dorohoi, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al Spitalului şi circ. Uriceni, din judeţul Botoşani, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

D-na Dr. Elena Groholschi, actual medic definitiv al Spitalului mixt Mălini, din jud. Baia, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al Spitalului mixt Ciumuleşti, din judeţul Baia, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Otto Adolf Blumental, actual medic stagiar al Spitalului şi circ. Şapte Sate, din judeţul Lăpuşna, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al Spitalului mixt şi circ. Criuleni, jud. Orhei, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

D-na Dr. Reslescu Ana. actual medic stagiar al circ. Tăriceni, judeţul Prahova, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al Spitalului şi circ. Hangu, din judeţul Neamţ, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

D-nii medici mai jos menţionaţi, împlinind stajul cerut de lege, în urma examenului de capacitate ce au depus, se confirmă definitivi în locurile ce ocupă, după cum urmează:

Dl Dr. Dragoş Niculescu, la circ. Dragoş-Vodă din judeţul Ialomiţa.

D-na Dr. Nina Vornicescu-Şchiopu, la circ. Tvardiţa, jud. Tighina.

D-şoara Dr. Avramov Maria, la circ. Socariciu, judeţul Ialomiţa.

D-na Dr. Dina Ştefănescu-Bardac, la circ. Vidra, judeţul Putna.

Dl Dr Victor O. Papp, la circ. Chevereşul-mare, jud. Timiş-Torontal.

Dl Dr. C. Parhon, actual medic primar al Serviciului V. Psihiatrie, dela Institutul de boli mintale, nervoase şi endocrinologice din Bucureşti, se pune în retragere din oficiu, pentru a-şi aranja drepturile la pensie, pentru limită de vârstă, conform dispoziţiunilor art. 258 din legea sanitară şi de ocrotire, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Medicii mai jos menţionaţi se pun în retragere din oficiu, pentru a-şi aranja drepturile la pensie, pentru caz de boală, pe ziua de 1 Decemvrie 1936, după cum urmează:

Dl Dr. Győrbiro Mihail, medicul circ. Baraolt din judeţul Treiscaune.

D-na Dr. Maria Maistorovici, medicul circ. Roşiorii-de-Vede, jud. Teleorman.

D-na Dr. Ecaterina Morozova Petrova, medicul circ. Delachen, judeţul Tighina.

Dl Dr. Rabinovici D., medicul circ. Dinăuţi, judeţul Hotin.

Idem Nr. 2609 din 12 Noemvrie 1936, se face următoarea mişcare în corpul medical şi farmaceutic din serviciile dependinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului dat de comisiunea administrativă ce funcţionează pe lângă acest minister, prin procesul-verbal Nr. 14/935, Nr. 10, 11 şi 12 din şedinţele dela 28, 31 Octomvrie 1936 şi 4 Noemvrie 1936, şi anume:

Dl Dr. Corneliu Cosmuţă, actual medic primar definitiv al judeţului Hunedoara, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul vacant de medic primar al judeţului Mehedinţi, pe 1 Decemvrie 1936.

D-na Dr. Aristia Rotariu Popescu, actual medic definitiv al circ. Principesa Maria din judeţul Ialomiţa, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Poiana de sus, judeţul Dâmboviţa, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. Savcenco Matenco-Eugen, actual medic stagiar al circ. Moara Nouă, din jud. Soroca, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Ghizdita, din acelaş judeţ, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

D-na Dr. Elena Vasilescu-Bordan, actual medic definitiv al circ. Săbăreni, din jud. Ilfov, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Bolintin, judeţul Ilfov, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. Iosef Schaum, actual medic definitiv al circ. Bretea Română, din jud Hunedoara, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Crişeni, din acelaş judeţ, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. N. Roşianu, actual medic primar definitiv la secţia de boli interne dela Spitalul Orhei, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic primar al secţiei de boli interne dela Spitalul Tg-Jiu, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. Vasiliu Vasile, actual medic primar definitiv al Spitalului epidemic din Oradea-mare, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic primar al secţiei de boli contagioase dela Spitalul Constanţa, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Solomonov Anatolie, actual medic stagiar al circ. Colibaşi, din judeţul Cahul, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Dl Dr. Caroni Silviu, medic cu concurs, se numeşte definitiv, în postul de medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul din Constanţa, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Bogdan Petre, se numeşte, în baza concursului depus, în postul de medic primar definitiv al secţiei de chirurgie dela Spitalul din Satu-mare, pe ziua de 15 Nov. 1936.

Dl Dr. Grigore Zlota, se numeşte, în urma concursului ce a depus, în postul de medic primar definitiv al secţiei de chirurgie dela Spitalul Călăraş, pe ziua de 15 Nov. 1936.

Dl Dr. Remus Moga, se numeşte, în urma concursului depus, în postul de medic primar definitiv al secţiei de boli contagioase dela Spitalul „Precista Marie" din Roman, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Stelian Popescu, se numeşte, în urma concursului ce a depus, ca definitiv în postul de medic şef al centrului pentru ocrotirea copiilor din Galaţi, pe ziua de 1 Dec. 1936.

Dl Dr. Nicolae Bărbuleanu, medic de concurs, se numeşte definitiv în postul de medic al Spitalului şi circ. Tălmaz, din judeţul Tighina, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. C. Petrea, actual medic al circ. Murgeni, din judeţul Tutova, se transferă, în urma concursului ce a depus, în postul de medic definitiv al Spitalului şi circ. Cuza-Vodă, din judeţul Ismail, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. Ion Predescu, se numeşte, în urma concursului ce a depus, în postul de medic definitiv al Spitalului şi circ. Romancăuţi, jud. Hotin, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. N Istrăteanu, actual medic al circ. Ţăntari, din judeţul Braşov, se transferă, în urma concursului ce a depus, în postul de medic definitiv al Spitalului şi circ. Nisporeni, din judeţul Lăpuşna, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. Cristian Ionescu, actual medic al circ. Manasia, din jud. Ialomiţa, se transferă, în urma concursului ce a depus, în postul de medic definitiv al Spitalului şi circ. Teleneşti, din judeţul Orhei, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. Constantin Marinescu, se numeşte, în urma concursului ce a depus, în postul de medic definitiv al Spitalului şi circ. Singureni, din jud. Vlaşca, pe ziua de 15 Nov. 1936.

Dl Dr. N. Rusu, actual medic primar definitiv cu concurs, la Sanatorul Nifon, din judeţul Buzău, se transferă definitiv în postul de medic pentru T. B. C., la Ambulatorul policlinic judeţean Ilfov-Budeşti, pe ziua de 1 Decemvrie 1936

Dl Dr. I. Bistriceanu, se numeşte, în urma concursului ce a depus, în postul de medic primar definitiv al secţiei de neurologie dela Spitalul din Arad, pe ziua de 1 Dec. 1936.

Dl Dr. Ilie Toma, asistent universitar, se numeşte, pe ziua de 1 Decemvrie 1936, definitiv în postul de şef de secţie la Institutul de puericultură din Bucureşti, conform dispoziţiunilor art. 55, al. ultim din legea pentru organizarea Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, promulgată cu Inaltul decret regal Nr. 1485 din 31 Iulie 1936.

Dl Dr. Vasile Voinovici se numeşte, în baza concursului ce a depus, ca definitiv, în postul de medic primar de consultaţii de copii la Spitalul Sighişoara, pe ziua de 15 Nov. 1936.

D-na Dr. Lucia Vulcănescu, se numeşte, în baza concursului depus, în postul de medic primar definitiv al secţiei de boli contagioase dela Spitalul Piteşti, pe ziua de 15 Noemvrie 1936.

Dl Dr. Dariu Liviu, se numeşte definitiv, în baza concursului ce a depus, în postul de medic primar pediatru la Spitalul din Satu-mare, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. I. Rozenştein, se numeşte, în urma concursului ce a depus, în postul de medic şef definitiv la centrul pentru ocrotirea copiilor din Cernăuţi, pe ziua de 1 Dec. 1936.

Dl Dr. Constantinescu Cornel, se numeşte definitiv, în baza concursului ce a depus, în postul de medic puericultor la Ambulatorul policlinic judeţean Ilfov, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

D-ra Dr. Iuliana Cirlea, se numeşte definitiv, în baza concursului ce a depus, în postul de medic pediatru la Institutul de ocrotire „M. S. Elena", din Cluj, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

D-ra Dr. Ghiţescu Maria, se numeşte definitiv, în urma concursului ce a depus, în postul de medic puericultor la Ambulatorul policlinic Sibiu, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. Gotcu Paul, se numeşte, în baza concursului ce a depus, ca definitiv, în postul de medic director al centrului pentru ocrotirea copiilor din Craiova, pe ziua de 1 Dec. 1936.

D-na Constanţa Georgescu, farmacistă la dispensarul Nr. 5 „Regina Maria", al Casei Centrale a Asigurărilor Sociale, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D-ra Maria Drăghiceanu, farmacistă la dispensarul „A. V. Gâdei", pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Dl Dr. Ioan Stefanovici, actual medic provizoriu al circ. Zviniace, din jud. Cernăuţi, se pune în retragere din oficiu, pentru a-şi aranja drepturile la pensie, pentru caz de boală, pe ziua de 1 Ianuarie 1937.

Următorii medici se pun în retragere din oficiu, pentru a-şi aranja drepturile la pensie, la data enunţată în dreptul fiecăruia, întru cât au împlinit limita de vârstă cerută de art. 258, din legea sanitară şi de ocrotire:

Dl Dr. Ioan Carangiu, medicul spitalului Turtucaia, pe ziua de 2 Februarie 1937.

Dl Dr. Konya Carol, directorul Institutului chimico-farmaceutic al Ministerului, pe ziua de 1 Aprilie 1937.

Dl Dr. Levy Isac, medicul spitalului Poroschia, jud. Teleorman, pe ziua de 1 Ian. 1937.

Dl Dr. Filtsch Frederich, medicul circ. Lupeni, din judeţul Hunedoara, pe ziua de 1 Februarie 1937.

Dl Dr. Fülöp Francisc, medic primar al Spitalului din Aiud, judeţul Alba, pe ziua de 1 Martie 1937.

Dl Dr. George Ioaniţescu, medicul circ. IV-a medicală dela Municipiul Bucureşti, care la data de 18 Decemvrie 1936, împlineşte vârsta pentru a fi pus în retragere din oficiu, pentru a-şi aranja drepturile la pensie, se menţine în serviciu încă un an dela data de mai sus, conform dispoziţiunilor art. 258, din legea sanitară şi de ocrotire.

Dl Dr. Drăghescu Leon, medic definitiv al oraşului Tg -Jiu, se menţine în serviciu încă doi ani dela data de 11 Iunie 1936, când a împlinit vârsta pentru a fi pus în retragere din oficiu, spre a-şi aranja drepturile la pensie, conform art. 258 din legea sanitară.

Dl Dr. D. C. Popescu, actual medic primar al jud. Prahova, care la data de 23 Oct. 1937, împlineşte vârsta pentru a fi pus în retragere din oficiu, spre a-şi aranja drepturile la pensie, se menţine în serviciu încă doi ani dela data de mai sus, conform art. 258 din legea sanitară şi de ocrotire.

Idem Nr. 2803 din 19 Noemvrie 1936, se face următoarea mişcare în personalul medical şi farmaceutic din serviciile dependinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului Comisiunii administrative ce funcţionează pe lângă acest minister, dat prin procesele-verbale cu Nr. 10, din 28 Octomvrie şi Nr. 12 şi 13 din 4 şi 13 Noemvrie 1936, şi anume:

Dl Prof. Dr. Petre Tomescu, se confirmă în baza dispoziţiunilor art. 114, din legea sanitară şi de ocrotire, în calitate de medic primar director al Spitalului central de boli mintale şi nervoase din Bucureşti.

Dl Dr. Stelian Gâdei, se numeşte în baza concursului ce a depus, în postul de medic primar chirurg, definitiv, la Spitalul Moldova Nouă din jud. Caraş, pe ziua de 1 Dec. 1936.

D-na Dr. Haideya Stroe, se numeşte definitiv, în baza concursului ce a depus, în postul de medic puericultor, la dispensarul ambulator comunal Bucureşti (abator), pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. Hurmuzache E., medic, cu concurs de specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic şef şi puericultor, la Institutul de igienă din Iaşi, pe ziua de 1 Dec. 1936.

Se revine asupra transferării d-lui Dr. Berzan Filip, ca stagiar la circ. Armeni, jud. Sibiu, urmând a funcţiona în această calitate la circ. Jirlău, din jud. R.-Sărat.

Dl Dr. Cornel Moldovan, actual medic stagiar al circ. Băiţa, judeţul Hunedoara, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D-na Elena Stănciulescu, farmacistă ajutoare la Spitalul ceatral „Prof. Dr. I. Cantacuzino" din Bucureşti, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Se amână cu un an cofirmarea definitivă a d-lui Dr. V. Mazilu, medic stagiar al circ. Orleşti, din jud. Vâlcea, conform cu dispoziţiunile art. 202 din legea sanitară şi de ocrotire.

Se revine asupra punerii în retragere, din oficiu a d-lui Dr. Iuliu Simon, medic primar al secţiei chirurgicale dela Spitalul Sânnicolaul-mare, din jud. Timiş-Torontal, pentru a-şi aranja drepturile la pensie, întru cât d-sa nu are vârsta cerută prin art. 258, din legea sanitară şi de ocrotire.

D-na Cornelia Manuilă, actual asistent-chimist la laboratorul de igienă din Oradea, se pune în retragere, din oficiu, pentru a-şi aranja drepturile la pensie, pentru caz de boală, pe 1 Ianuarie 1937.

D-na Dr. Iuliana Seracin, se numeşte, în urma concursului ce a depus, în postul de medic primar puericultor, definitiv, la Spitalul Lugoj, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Dl Dr. Gh. N. Popescu, se numeşte, în baza concursului ce a depus, în postul de medic primar definitiv al secţiei de boli interne, dela Spitalul Tighina, pe ziua de 1 Dec. 1936.

D-na Dr. Elena Stroescu, medic cu concurs de specialitate, se numeste definitiv, în postul de medic stomatolog, la Ambulatorul policlinic din Oradea-mare, pe ziua de 1 Decemvrie 1936.

Idem Nr. 3041 din 10 Decemvrie 1936, se face următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului Comisiunii administrative, ce funcţionează pe lângă minister, dat prin procesul-verbal cu Nr. 14, din şedinţa dela 4 Decemvrie 1936, şi anume:

Dl Dr. Dem. O. Vasiliu, medic cu concurs de specialitate, se numeşte definitiv, în postul vacant de medic primar, în specialitatea neuro-chirurgie, la Spitalul C. F. R. Nr. 2, din Bucureşti, pendinte de Direcţiunea generală, pentru ocrotirea şi ajutorarea personalului C. F. R., pe ziua de 10 Decemvrie curent.

D-ra Dr. Ecaterina Triandaf, medic cu concurs de specialitate se numeşte definitiv, în postul vacant de medic primar, în specialitatea oftalmologie, la Spitalul „Elisabeta Doamna", Caritatea Gălăţeană din Galaţi, pe ziua de 1 Ianuarie 1937.

Dl Dr. At. Tanaş, actual medic primar definitiv, în specialitatea chirurgie osoasă şi pulmonară, la Sanatorul T. B. C., Ruginoasa din judeţul Baia, pendinte de C. F. R., se transferă, în aceeaşi calitate în postul de medic primar chirurg, specialitatea ortopedie, la Sanatorul T. B. C. Bugaz, din judeţul Cetatea-Albă, plătit de Liga Naţională contra tuberculozei, pe ziua de 15 Decemvrie 1936.

D-na Dr. Arteniza Vasilescu-Russu, actual medic definitiv, al circ. I Scheia, din jud. Roman, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic de circ. urbană, la oraşul Roman, pe ziua de 15 Decemvrie 1936.

D-ra Maria Sibi, actual şef al secţiei de chimie dela Institutul de igienă şi sănătate publică din Iaşi, se transferă definitiv, în postul de director al Institutului de chimie din Iaşi, pe ziua de 1 Ianuarie 1937.

Dl Dr. I. Bondari, actual medic stagiar al circ. Bolotina, din jud. Bălţi, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Chirileni, din acelaş judeţ, pe ziua de 1 Ianuarie 1937.

Dl Dr. Şiclovan Horia Traian, actual medic definitiv, al circ. Secaş, din jud. Caraş, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Cacova, din acelaş judeţ.

Dl Dr. Dulberger Raul, actual medic definitiv, al circ. Bălăciţa, dir judeţul Mehedinţi, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Terpeziţa, din judeţul Dolj, pe ziua de 1 Ianuarie 1937.

D-na Dr. Eida Tucherman, actual medic definitiv, al circ. Negru-Vodă, din judeţul Constanţa şi dl Dr. Naftula Roitman, actual medic definitiv al circ. Căiuţi, din jud. Bacău, se transferă în aceeaşi catitate, unul în locul celuilalt.

Se rectifică transferarea d-lui Dr. Ioan Prodan, în calitate de medic stagiar igienist al plăşii sanitare model Gilău, din jud. Cluj, în aceea de medic definitiv igienist al aceleeaşi plăşi, aceasta în baza concursului de clasificare, pentru specialitatea igienă, ce posedă.

Medicii mai jos notaţi, care au fost confirmaţi stagiari, pe bază de dispoziţiuni transitorii şi care între timp, au dat examen de capacitate, se confirmă definitivi, în posturile ce ocupă, conform dispoziţiunilor art. 68, modificat, din legea de organizare a Ministerului, după cum urmează:

D-na Dr. Elena Palada, la circ. Mierea-Birnici, județul Dolj.

Dl Dr. Alexandru Cosma, la circ. Borsec, județul Mureș.

Dl Dr. Macoviciuc Teodor, la circ. și Spitalul Suseni, județul Orhei.

Dl Dr. Suciu Cassiu, la Spitalul mixt din Blaj.

Dl Dr. Georgescu Manole, la circ. Spineni, județul Olt.

Dl Dr. Ioan Domiga, actual medic stagiar, în bază de examen de capacitate, la circ. Romanu, din județul Brăila, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Dl Dr. Traian Costina, actual medic stagiar, în bază de examen de capacitate, la circ. Vața-de-jos, din județul Hunedoara, se confirmă definitiv în postul ce ocupă

Următorii medici se mențin în serviciu, încă doi ani, dela data când împlinesc vârsta pentru a fi puși în retragere, din oficiu, pentru a-și aranja drepturile la pensie, conform dispozițiunilor art. 258, din legea sanitară și de ocrotire și anume:

Dl Dr. Ștefan Șipoteanu, medic primar al jud. Botoșani, dela Martie 1937.

Dl Dr. Iordăchescu P., chirurg și medic primar, director al Spitalului „I. G. Duca" din R.-Vâlcea, dela 26 Octomvrie 1937.

Dl Dr. Constantin Pandelescu, șef de serviciu la Direcția specială O. P. C. F. R., în grupa I, categoria 6, clasa II, dela 3 Februarie 1937.

Prin Jurnalul Consiliului de Miniștri Nr. 261 din 16 Februarie 1937, se aprobă instituirea unei comisiuni inter-ministeriale, compusă din câte doi delegați ai Ministerelor: Lucrărilor Publice, Agriculturii și Domeniilor și Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în vederea elaborării și fixării măsurilor necesare ameliorării situației sanitare, imperios necesare în terenurile malarigene, existente în cuprinsul țării, cât și pentru ca aceste terenuri să devină proprii agriculturii, în cadrul legii și regulamentului regimului apelor din 27 Iunie 1924, și 8 Iunie 1925, cu modificările ulterioare din 22 Aprilie 1926.

Fondurile necesare acestor lucrări, vor fi puse la dispoziția comisiei speciale de către aceste 3 departamente, pe cale de buget și depuse la Banca Națională a României, unde vor forma fond special în scopul executării acestor lucrări, care vor urma a se aduce la îndeplinire prin Direcțiunea apelor din Ministerul Lucrărilor Publice.

Ministerul de Finanțe, este autorizat a contracta un împrumut la Casa de Cecuri Poștale, împrumut care va fi depus la Banca Națională, la Fondul special al asanării malarigene, anuitățile împrumutului urmând a fi înscrise anual în bugetul Statului.

APEL

„Sibiul Medical" a intrat în al 4-lea an de apariţie.

Infruntând toate dificultăţile de ordin tehnic şi material — cele din urmă fiind destul de numeroase, — revista noastră a reuşit să se impună tot mai mult şi să se afirme ca un organ viu, sănătos şi capabil să aducă reale foloase corpului medical.

Cei cari se găsesc în fruntea revistei au muncit cu încredere şi devotament, aducând servicii importante pentru existenţa şi prosperarea ei. Sperăm că toţi cetitorii şi abonaţii revistei apreciază după merit străduinţele noastre şi ne vor da şi în viitor cel mai larg sprijin moral şi material. Suntem avizaţi în cea mai largă măsură la acest binevoitor sprijin, revista susţinându-se aproape exclusiv din taxele de abonament. De aceea ne permitem a face un călduros apel către colegii noştri de pretutindenea rugându-i în modul cel mai stăruitor să-şi **achite la timp abonamentul pentru revistă.**

In acest scop alăturăm prezentului număr **mandate de plată** pentru a facilita trimiterea abonamentului şi rugăm pe toţi binevoitorii şi colegii noştri să utilizeze aceste mandate, trimiţându-ne neîntârziat taxa de abonament, care este minimală. Prin aceasta îşi îndeplinesc un obligament faţă de revistă şi o datorie faţă de interesele corpului medical pe care revista le susţine cu atâta stăruinţă în toate împrejurările.

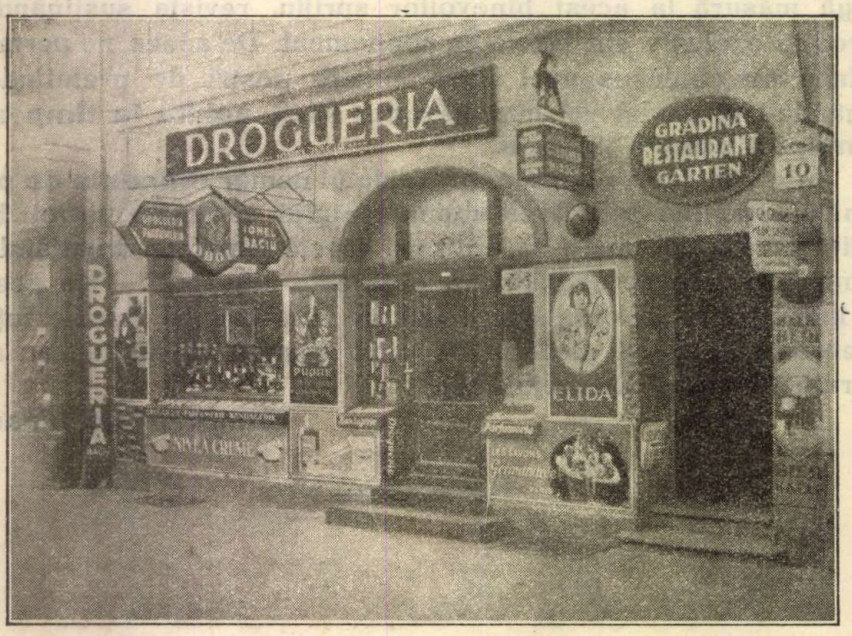
Comitetul de direcţie.

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".



DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1 pagină odată	Lei 1000·—	3 ori Lei 2600·—	6 ori Lei 4500·—
1/2 „ „ „	600·—	3 „ „ 1500·—	6 „ „ 2600·—
1/4 „ „ „	400·—	3 „ „ 1000·—	6 „ „ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1937.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

In răceli, reumatism, nevralgii şi dureri de tot felul

GARDAN

Specific contra gripei

Antipiretic, analgezic
şi antireumatic
suveran.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9283—3-9284.

Anul IV. No. 3—4. **40 Lei Exemplarul.** Martie—Aprilie 1937.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie: Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.
Secretar de redacţie: Dr. Matinca I.

Comitetul de redacţie: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Albini, Sebeş; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Creţu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman şi Doc. Dr. Câmpeanu, Braşov; Dr. Cornea, Făgăraş; Dr. Cahane şi Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighişoara; Dr. Ghiţescu, Sibiu; Dr. Giurca, Făgăraş; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ilcuşu, Dr. Ionaşiu, Dr. Manta, Dr. Mavru şi Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Mureşan, Mediaş; Dr. Nistor, Braşov; Dr. Onaca, Sighişoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roşca, Dr. Slavu şi Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ştefan, Braşov; Dr. Solomon, Sighişoara; Dr. Sireteanu, Mediaş; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Vilt, Sibiu.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Doc. Dr. Oct. Filipescu: Tehnica noastră în rezecţiile ulcerelor piloro-duodenale nerezecabile . . . . . Pag. 97

Dr. M. Alexandrow şi Dr. C. Crişan: Despre frenicectomia şi valoarea ei în terapeutica ftiziologică . . . . . „ 101

Dr. N. Onaca: Pseudomixomul Apendicular . . . . . „ 113

Dr. Liviu Radu: Un caz de hernie ombilicală embrionară vindecat spontan . . „ 117

Medic Locot. Dr. Roşca Dumitru: Două cazuri de diabet insipid . . . . . „ 120

Dr. Radu Liviu: Consideraţiuni asupra diagnosticului sarcinei extrauterine prin examen bio-hormonal . . . . „ 125

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia şi Dr. I. Cosma: Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu . . . . . Pag. 126

Dr. I. Săroiu: Reorganizarea cancelariei medicului sanitar „ 130

Revista revistelor . . . . „ 135

Note de terapeutică . . . „ 137

Publicaţii ale colegiului şi asociaţiei generale ale medicilor: Instrucţiuni cu privire la Certificatul de loviri şi răniri . . . . . „ 139

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu . . „ 147

Note şi informaţiuni . . . „ 148

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ

Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. TRIBUNEI Nr. 10—12

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de **primul rang**, conținând **Fe-Mn-P-și As** în **forma cea mai activă**. Prin **formarea ferului și manganului redus în statu nascendi**, adecă în starea **cea mai resorbabilă și asimilabilă**, de o **toleranță stomaco-intestinală perfectă**.

PREȚUL: 1 fl. de 250 gr. cu și fără arsen **Lei 98·—**.

Deci prezintă mijlocul suveran pentru tratarea stărilor anemice și urmările lor.

Mai e indicat: la **boale nervoase**, în **neurastenie**, în **astenie și surmenaj general**, în **covalescență**, în **tbc. generală și pulmonară**, în **diatezele exudative**, în **rachitism**, în **boalele tubului digestiv și ale nutriției**, în **eczemele cronice**.

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriță.

Desfacerea produsului:

Farmacia O. ALESI, Sebeș-Alba.

CHINOIN S.A.

Contra afecțiunilor inflamatorii ale plămânilor și bronchiilor, **în toate cinci continente:**

TRANSPULMIN

Chinină basică și camfor, solvate în oleiuri eterice.
Injecțiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.

„Transpulmin este o inovație așa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală". *(Prof. G. von Bergmann).*

Cutii orig. conținând 10 fiole à 1 cmc., 5 sau 10 fiole à 2 cmc. și flac. orig. de 15 cmc.

REPREZENTANȚA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S. A. BUCUREȘTI-I STR. SFT. CONSTANTIN 4

Anul IV. Nr. 3—4. 40 Lei Exemplarul. Martie—Aprilie 1937

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

La dureri
în loc de morfină

EUKODAL Merck

Efect rapid, tolerabilitate bună
tablete de 0,005 gr., fiole de 0,01 şi 0,02 gr.

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentant: Dr. J. BINDER
Bucureşti II, str. L. Cazzavillan 34

SIBIU, 1937
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană"

La primele simptome ale gripei şi altor boli de răceală

Novalgin-Chinin

Cupează repede adeseori instantaneu boala. Scoboară temperatura. Inlătură durerile.

AMBALAJE ORIGINALE:
Tub cu 10 şi flacon cu 20 drageuri.

Novalgin

Efect sigur şi în cazuri rebele de **reumatism poliarticulat.** Fenomenele secundare cedează repede, de asemenea şi durerile.

AMBALAJE ORIGINALE:
Tablete: Tub cu 10 şi flacoane cu 250 tablete de 0,5 g.
Soluţie 50% Cutii cu 5 şi 10 fiole de 1 şi 2 cmc.
Cutii cu 5 fiole 5 cmc.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9285—3-9286.

Spitalul Public Sibiu.

Serviciul chirurgical: Medic primar Director Docent Dr. Octavian Filipescu.

Tehnica noastră în rezecţiile ulcerelor piloro-duodenale nerezecabile.

De **Doc. Dr. Oct. Filipescu.**

Proclamarea rezecţiilor ca metodă de tratament de elecţie în ulcerele stomacale şi duodenale este o concepţie, care domină azi în terapeutica chirurgicală, acestor afecţiuni. In practicarea acestor procedee chirurgii s'au divizat în două mari tabere, în aderenţi ai procedeelor radicale termino-terminale şi termino-laterale. Pentru stabilirea superiorităţii lor sub raportul rezultatelor imediate şi tardive s'au făcut de numeroşi autori o serie întreagă de studii comparative, cari disecă în amănunte complexul vast al complicaţiilor posibile, atât în cursul actului operator, cât şi timpul post operator precum şi în stadiul tardiv.

Reproşurile principale, cari se aduc procedeelor termino-terminale sunt o tehnică grea, care face posibil practicarea lor numai pe un număr mai redus de cazuri fără riscuri evidente, căci forţarea execuţiei lor în ulcerele cu penetraţie în organele vecine, duce des la dehiscenţa suturilor cu fistule consecutive, la hemoragii uneori grave, ori în stadiul tardiv la stenozări pe locul anastomozei. Inconvenientele mai grave în aplicarea procedeelor termino-laterale se întâlnesc mai des sub formă de emoragii la nivelul bontului duodenal cu fistulizări, iar în stadiul tardiv sub aspectul unor turburări funcţionale, ca evacuarea precipitată etc. In balanţa lor de apreciere însă suprimarea condiţiilor favorizante ulcerului peptic jejunal este de o covârşitoare greutate; iar ca măsură prohibitivă, care să ne pună la adăpost faţă de aceste complicaţii grave s'a adoptat rezecţiunile largi ca cel mai eficace factor protector. Dar şi aceste re-

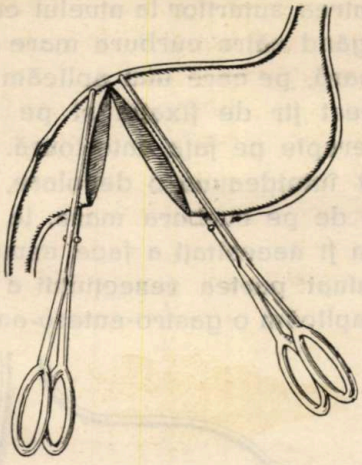
zecţiuni largi au determinat uneori manifestări patologice relevate prin apariţia unor anemii ipochrome simple cu toate semnele anemiei achilice survenite după mai mulţi ani şi mai ales la femei (Fasiani Prèsse Med. 1934 Nov. 103). In ultima analiză s'a luat în considerare procentul mortalităţii; sub acest raport înainte cu un deceniu, în entuziasmul practicării procedeelor radicale fără nici o selecţionare a gravităţii cazurilor, acest procent era destul de considerabil şi mai ales în defavorul metodelor de reconstrucţie termino-terminală şi nu erau rare publicaţiile cu o mortalitate de 20%.

Azi încă totuşi se publică de autorii cari practică pe toată scara numai aceste procedee radicale o mortalitate de 6—10%. Aceste rezultate au provocat căutarea unui corectiv pentru reducerea şi acestei procentualităţi şi astfel s'a ridicat principiul nerezecabilităţii, care a adus pe Finsterer la preconizarea metodei sale de tehnică cu lăsarea ulcerului pe loc. Rezecţia după această metodă este mai puţin periculoasă, fie că este executată după diferitele modificări făcute de Nissen, Bsteh sau Plenk. Considerentul că această metodă ar duce la o frecvenţă mai mare a ulcerului peptic jejunal, este dubios, fiind o comparaţie a procentualităţii sub această formă inadmisibilă. Cazurile de tehnică grea prezintă şi un prognostic mai grav, în consecinţă în procedeele radicale o parte dispar în numărul mortalităţii operatorii. Diferenţa se urcă minimum la 5% (Plenk).

Noţiunea nerezecabilităţii unui ulcer este după părerea noastră sigur în funcţiune de abilitatea operatorie a chirurgului, însă totuşi trebue admisă o delimitare anatomică, care nu permite depăşiri fără urcarea mortalităţii operatorii; după Denk la o severă selecţionare a cazurilor (numai penetrante şi caloase) rezecţiunea este posibilă în 50%. In concluziune concepţia nerezecabilităţii unor ulcere o credem pe deplin justificată. Dar pe lângă acest caracter al ulcerelor se mai adaugă încă o serie întreagă de factori, cari constituesc o contraindicaţie serioasă în executarea procedeelor radicale; anume o stare generală foarte slăbită, leziuni grave ale aparatului cardio-renal sau respirator, vârsta foarte înaintată, cari singure fără concomitenţa unui ulcer nerezecabil, periclitează viaţa bolnavilor; pe lângă acestea şi consideraţiuni de ordin social impun preferirea unor procedee mai puţin radicale cu şanse salvatoare de viaţă, chiar şi fără asigurarea condiţiilor optime de suprimare a unor eventuale turburări tardive.

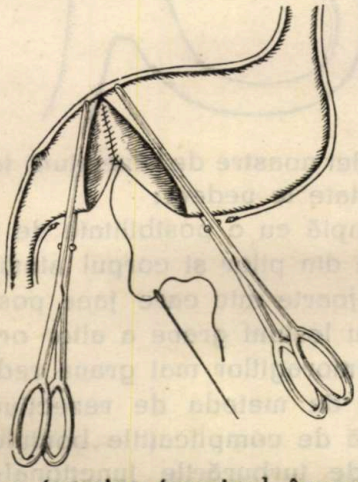
Bazat pe aceste constatări mi-am permis a practica o modificare a acestei metode de rezecţiune pe o serie de 40 cazuri fără a înregistra vreun mort.

Din clişeele alăturate se evidenţiază tehnica simplificată a rezecţiunii.



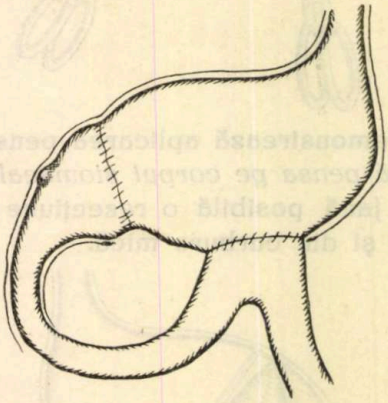
Sub Nr. 1 se demonstrează aplicarea penselor.

Este de notat că pensa pe corpul stomacal se poate distanţa şi mai mult, încât să facă posibilă o rezecţiune mai largă atât din corpul stomacal, cât şi din curbura mică.



Reunirea se face termino-terminal începând cu sutura seroseroasă, mai întâi pe latura posterioară la nivelul curburei mici, unde lăsăm un fir de fixaţie mai lung. După terminarea suturei seroseroase pe latura posterioară până la curbura mare, aplicăm două suturi continue cu catgut muco-musculare la fel până la curbura mare. *Acum ridicăm pensa de pe bontul duodenal* după izolarea prealabilă, tamponăm tot conţinutul lui *şi rezecăm cât mai mult din mucoasa acestui bont,* care se face cu uşurinţă. Suc duodenal nu se scurge de loc din cauza ulcerului stenozant de obicei. Continuăm

cu suturile de catgut pe peretele anterior şi apoi cu sutura seroseroasă până la întâlnirea suturilor la nivelul curburei mici. Prindem firul de fixaţie şi trăgând către curbura mare se prezintă în câmpul vizual latura posterioară, pe care mai aplicăm trei puncte de suturi întrerupte. Tăem acest fir de fixaţie şi pe urmă mai fixăm trei puncte de suturi întrerupte pe faţa anterioară. Vasele sanguine pe curbura mică permit întotdeauna o decolare, care ne dispensează de ligatura lor; cele de pe curbura mare, la fel în majoritatea cazurilor, mai des vom fi necesitaţi a face numai ligaturi a colateralelor. Astfel s'a terminat partea rezecţiunii a actului operator; iar în toate cazurile mai aplicăm o gastro-entero-anastomoză transmezocolică posterioară.



Avantajele metodei noastre de rezecţiuni tardive le vom descrie mai târziu; cele imediate le vedem:

1. O tehnică simplă cu o posibilitate de rezecare a unei porţiuni destul de întinsă din pilor şi corpul stomacal.

2. Şoc operator foarte mic care face posibilă practicarea metodei şi în cazurile cu leziuni grave a altor organe.

3. Posibilitatea emoragiilor mai grave redusă.

4. Avantajul faţă de metoda de rezecţiune Finsterer este punerea la adăpost faţă de complicaţiile bontului duodenal cu fistule consecutive şi faţă de turburările funcţionale tardive a bontului stomacal.

5. Prin reconstrucţia termino-terminală se crează de obiceiu o stenoză artificială la nivelul duodenal, care nu permite tardiv realizarea unui cerc vicios.

Aceste avantajii le confirmă cazuistica noastră care interesa numai ulcere caloase penetrante, cu o stare generală foarte slabă a bolnavilor, cu leziuni grave a altor organe sau mulţi cu o vârstă foarte înaintată pe întreaga serie de 40 cazuri fără nici o mortalitate.

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic şi analgetic la dureri provenite din spasme

Indicaţiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului şi duodenului,

spasme — urmări ale unor operaţii gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreţiune (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale şi vezicale,

constipaţiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăţi.

Lichid (soluţie 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm^3
(1 cm^3 conţine 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăţi.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puţin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi ½–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi ½ fiolă.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.
Produse chimico-farmaceutice
str. Atena 29, Bucureşti III

CHINOIN·S·A·

Contra guturaiului

ANARA

conține α-phenil β-aminopropan ca substanță activă al cărei vapori vin în contact intim cu mucoasa nazală inflamată și tumefiată.

Efectul „ANAREI", care se bazează pe o vaso-constrictie, durează câteva ore.

REPREZENTANȚA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREȘTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

EUPACO Merck

Spasmoliticul sigur la toate spasmele musculaturei netede.

Calmant repede,
prin aceasta e posibil a înlătura morfina

Prezentări și ambalage:
Tablete Eupaco à 10 buc.
„ „ „ 20 „
Supozitoare Eupaco à 5 buc.
„ „ „ 10 „

E. MERCK / DARMSTADT

Reprezentant în România:
BIROUL ȘTIINȚIFIC,
București II.
Str. Luigi Cazzavillan 34.

E·MERCK

Sanatoriul Aiud, județul Alba.

Despre frenicectomia și valoarea ei în terapeutica ftiziologică.

De

Dr. M. Alexandrov și **Dr. C. Crișan**
medic primar. medic secundar.

Independența celor două jumătăți ale diafragmului, descoperită de Duchenne, cât și posibilitatea de suplinire a diafragmului paralizat prin mușchii accesori constitue baza fiziologică a operațiunilor asupra frenicului.

Secțiunea nervului frenic cu scopul de-a obține paralizia diafragmului și compresiunea leziunilor localizate la baza pulmonului a fost imaginată și experimentată la animale de Stuerz în 1911, iar la om a fost practicată primadată de Schapelmann și Sauerbruch, care a publicat în 1913 cinci cazuri operate pentru tuberculoza pulmonară și bronșiectazie cu localizări bazale, obținând ameliorarea funcțională apreciabilă. Acești autori au practicat o simplă secțiune a trunchiului nervului frenic, în regiunea cervicală, operațiunea numindu-se „frenicotomie".

După o scurtă perioadă de încercare aceasta metodă a fost însă părăsită dat fiind se înregistrară un mare număr de eșecuri datorită revenirei frecvente a mobilității diafragmului după o scurtă perioadă de paralizie (Walther, Goetze și Fritz).

In 1922 W. Felix și Goetze după cercetări anatomice minuțioase arată că paralizia diafragmului nu se obține de loc sau se obține numai paralizia temporală din cauza unor particularități anatomice ale nervului frenic și anume: anastomozele cu nervul subclavicular și simpatic, varietățile de origină și anomaliile nervului, iar îndeosebi prezența unei căi motrice colaterale: nervul frenic accesoriu sau parafrenic a lui Ruhemann. In mod obișnuit trunchiul nervului frenic ia naștere din a 4-a pereche cervicală, primind câteodată și ramuri nervoase din a 5-a și 6-a pereche. Deseori din a 5-a pereche cer-

vicală la naştere şi un alt trunchi nervos care nu se uneşte cu nervul frenic în regiunea cervicală, ci descinde în afara acestuia pe muşchiul scalen anterior în torace, unindu-se cu trunchiul principal de abea în interiorul toracelui.

In baza acestor constatări W. Felix şi Goetze ajung la concluzia că, pentru a obţine o paralizie definitivă a diafragmului, nu este suficientă o simplă secţiune a frenicului cum o preconizau primii autori ai frenicectomiei, ci este necesară o amputaţie mai largă a acestui nerv, interesând şi segmentul lui toracic numindu-se „frenicus exairese" sau „frenicectomie".

In scurt timp aceasta nouă metodă de colapsoterapie, datorită rezultatelor tot mai concludente, este introdusă pe o scară largă în terapeutica pulmonară curentă, câştigând mereu tot mai mulţi adepţi şi lărgindu-şi indicaţiile.

In timpul din urmă pentru anumite procese pulmonare în scop de a obţine o paralizie de scurtă durată se practică în loc de o singură secţiune, alcoolizarea nervului frenic, care este capabilă de-a imobiliza diafragmul pe o perioadă de circa un an de zile şi mai mult uneori şi care promite de a lua o extindere considerabilă, dat fiind şi teoretic şi practic pare a avea aceleaşi rezultate, colapsul pulmonului putând fi menţinut prin una sau mai multe alcoolizări consecutive un timp necesar vindecării procesului pulmonar şi având avantajul de a nu produce un colaps definitiv, integritatea volumului pulmonar după vindecare putând fi reluată.

In România primaoară frenicectomia este executată de Prof. Iacobovici în Clinica Chirurgicală din Cluj în 1925.

Unul dintre noi a avut ocazie să publice următoarele statistici: 77 cazuri observate la Sanatoriul Clinicei medicale din Cluj,[1]) 25 cazuri observate la Sanatoriul Cosmuţa din Cluj,[2]) 60 cazuri observate la Sanatoriul Savadisla.[3]) Lucrarea de faţă cuprinde analiza a 55 cazuri observate în Sanatoriul Aiud.

* * *

Tehnica operatorie este destul de simplă, aşa încât operaţiunea poate fi socotită din domeniul micei chirurgii. Mulţi ftiziologi o execută în serviciu sanatoriale chiar, renunţând la concursul chirurgului.

Inainte de intervenţie se recomandă injecţie de Pantopon sau Dilaudid.

---

[1]) Daniello şi Alexandrov — I-ul Congres naţional de T. B. C. Bucureşti 1931.
[2]) Alexandrov şi Angheli — „Revista ştiinţelor medicale", 1931.
[3]) Alexandrov — Al III-lea Congres naţional de T. B. C. Iaşi 1935.

Este preferabilă întotdeauna anestezia locală. Bolnavul este aşezat pe masa de operaţie în poziţie semişezândă, regiunea cervicală trebueşte bine expusă, întinsă, capul pus în poziţie dreaptă, rotaţiunea lui putând schimba raporturile şi a determina deplasarea frenicului.

Incizia verticală practicată înainte nefiind estetică din cauza cicatricei prea vizibile, actualmente nu se prea practică; este preferabilă incizia orizontală paralelă cu clavicula la 2—3 cm. deasupra acesteia, având lungime de 3—5 cm. după necesitate. Aceasta incizie are calitatea de a fi estetică, lăsând o cicatrice extrem de discretă, aproape invizibilă. După incizia tegumentelor, ţesutului subcutanat, muşchiului pielos şi aponevrozei cervicale superficiale, se degajează muşchiul sterno-cleido-mastoidian şi este tras înăuntru; după incizia foiţei posterioare al acestui muşchiu şi după degajarea muşchiului omo-hioidian, se pune în evidenţă muşchiul scalen anterior sub teaca căruia şi pe faţa lui anterioară se evidenţiază cordonul alb al nervului frenic având direcţia de sus în jos şi din afară înăuntru, situat în afara arterei cervicale ascendente.

După izolarea nervului se procedează la secţiunea lui. In baza concepţiei lui Felix şi Goetze este absolut necesară extirparea a cel puţin 8—10 cm. din trunchiul nervului frenic. Goetze practică secţiunea succesivă a tuturor anastomozelor nervului pe lungimea indicată mai sus; procedeul lui prezintă însă oarecari dificultăţi şi implică un traumatism considerabil. Din aceasta cauză toţi preferă procedeul lui Felix, constând în a secţiona nervul şi prinzând extremitatea superioară a bontului periferic cu o pensă, a o răsuci, extrăgând astfel lent şi cu precauţie un fragment cât de lung posibil, şi în fine a smulge fragmentul astfel degajat, realizându-se o adevărată extracţie a frenicului împreună cu suprimarea anastomozelor. Smulgerea nervului produce o vie durere şi sensaţie de tracţiune trecătoare, iar după aceasta o sensaţie de presiune care este cauzată de instalarea paraliziei şi de ascensiunea diafragmului. Riscurile operatorii nefiind mari, se impune totuşi o deosebită precauţiune, accidentele operatorii nefiind excluse, căci se lucrează într'o regiune cu o serie de organe importante şi aglomerate. După operaţiune bolnavul poate părăsi serviciul chirurgical imediat. Vindecarea plăgii per primam este regulă, ridicarea suturilor practicându-se la a 4-a—6-a zi. Tratamentul post operator de obicei nu implică nici o îngrijire specială. Unii recomandă cura declivă şi laterală din partea operată (Bernou, Fuschard, Signorelli) pentru a diminua amplitudinea de respiraţie şi a facilita ascensiunea diafragmului, atingând astfel ac-

centuarea compresiunei hemitoracelui şi repaus mai complect a pulmonului suprajacent. Binis recomandă în acelaş scop o perniţă aplicată sub rebordul costal inferior şi un semicorset cu o bandă elastică pe hemintoracele interesat. Schnippenkotter, indică o gimnastică respiratorie pentru a obişnui bolnavul cu respiraţia abdominală, mai ales la cei cu respiraţie costală, obţinând în felul acesta un repaus mai complect a pulmonului lezat, căci sarcina respiratorie în mare parte rămâne asupra bazei pulmonului sănătos, amplificându-se mişcările diafragmului neparalizat.

Aceste metode având un efect adjuvant foarte relativ nu s'au generalizat şi se aplică de obiceiu în mod neregulat.

Cazurile noastre, atât cele publicate anterior, cât şi acelea a căror descriere va urma în prezenta lucrare, au fost operate după metoda descrisă mai sus, în cea mai mare parte executate la Clinica Chirurgicală Cluj. La o serie de cazuri am aplicat tratamentul post operator constând în cura declivă şi laterală, fără însă a se putea trage vreo concluzie în sensul unei deosebiri apreciabile a rezultatului final.

* * *

Efectele anatomice şi fiziologice ale frenicectomiei se rezumă la paralizia diafragmului de partea operată şi ascensiunea lui consecutivă şi progresivă imediat după operaţiune; examenul radiologic, singurul care permite a ne demonstra în mod precis modificările survenite, ne arată în caz de reuşită a intervenţiei, totală abolire a mişcărilor diafragmului, cât şi o oarecare ascensiune al acestui organ, care însă este variabilă, putând fi mai precoce sau mai tardivă şi se accentuează cu timpul ajungând la maximum de amploare peste 3—4 şi chiar 6 luni. Câte odată se observă mişcări de balanţă, asemănătoare fenomenului lui Kienböck, a diafragmului paralizat care se ridică puţin în timpul inspiraţiei; aceasta ascensiune inspiratorie descrisă de Duchenne se accentuiază în timpul efortului inspirator practicat cu nasul şi gura închisă (procedeul lui Bittorf). Denivelarea diafragmului paralizat este variabilă, după cazuri; este mai accentuată în partea dreaptă, ceea ce e natural dat fiind că diafragmul drept în mod natural e situat mai sus, ajungând la 7—8 cm. în inspiraţie şi 3—4 cm. în expiraţie, în partea stângă cu 1—2 cm. mai puţin. S'au descris cazuri de ascensiunea diafragmului care a ajuns la 14 cm. (Rist). Gradul de ascensiune a diafragmului depinde de abolirea mai mult sau mai puţin complectă a tonusului muscular al acestui organ, de absenţa sau existenţa aderenţelor pleurale, costodiafragmatice, simfiză bazală, integritatea mai mult sau mai puţin

perfectă a pulmonului (densificaţia parenchimului fiind un obstacol serios după Bondet).

Din punct de vedere clinic aceste modificări ale motilităţii şi a situaţiunii diafragmului nu produc nici dispnee, nici presiune; cel mult pot provoca oarecari dureri toracice timp de câteva luni, uneori tachicardie cu palpitaţiuni; expectoraţia este facilitată, tuse în genere sensibil calmantă, eventuale alte fenomene care se ivesc după frenicectomie, sunt mai rare şi constitue complicaţiuni despre care vom vorbi mai jos.

* * *

Mechanismul de acţiune a frenicectomiei, exprimate prin imobilizarea şi ascensiunea diafragmului, asupra pulmonului şi proceselor localizate în acest organ constă în următoarele:

1. Reducerea volumului între 1/6—1/3 a volumului pulmonar normal, variind deci între 300—800 cc. (Brunner) după gradul de ascensiune a diafragmului.

2. Imobilitatea relativă şi destinderea pulmonului (Parodi), fiind mai accentuată în direcţia axei longitudinale, mişcările respiratorii reducându-se la motilitatea costală, adică în sensul axei transversale. La indivizi cu tip respirator costal superior imobilitatea în urma frenicectomiei este deci mai puţin exprimată decât la cei cu tip respirator abdominal sau costal inferior.

3. Reducerea circulaţiei sanghine şi limfatice ceea ce condiţionează diminuarea resorbţiei toxinelor (Sergent şi Alary).

4. Modificarea inervaţiei care rezultă după întreruperea fibrelor simpatice pleuro-pulmonare (Dunner, Mecklemburg, Bonafé). Aceste fibre provin dela marele simpatic (cei trei ganglioni cervicali). Freniculmai prezintă anastomoze cu nervii spinal, pneumo-gastric şi hipoglos. Prezintă şi relaţiuni constante cu plexul suprapleural (W. Felix). Intreruperea acestor fibre produce modificări circulatorii, vasomotorii, trofice şi în special inhibiţia secreţiunilor. Unii autori atribue aproape totalitatea efectelor frenicectomiei acestor modificări. Discuţia însă asupra acestui punct rămâne deschisă, modificările mechanice după cei mai mulţi fiind factori principali ai acţiunii frenicectomiei.

Se credea la început că modificările în statică şi dinamica pulmonară care creiază condiţiuni prielnice pentru cicatrizarea leziunilor şi care constitue scopul frenicectomiei, sunt în funcţie de compresiunea activă din partea diafragmului şi în consecinţă regiunea cea mai susceptibilă pentru ameliorare ar fi baza pulmonului şi procesele bazale ar constitui cea mai de seamă indicaţie pentru

aceasta operaţiune. S'a constatat însă că şi procesele cu localizări superioare sunt influenţate favorabil, numeroase statistici venind în sprijinul acestor constatări (Dumarest, Berard, Maendl, Jessen, Orsos etc.). Aceşti autori, cât şi majoritatea ftiziologilor de altfel, sunt de părere că modul de acţiune a frenicectomiei nu se bazează pe compresiunea activă din partea diafragmului, ci presupun intervenţia unui alt factor care survine şi determină cicatrizarea procesului bacilar, prin modificările statice şi dinamice descrise mai sus. Acest factor principal şi indispensabil al modului de acţiune a frenicectomiei este puterea naturală de retractibilitate a pulmonului. In mod normal diafragmul prin tonusul său exercită o tracţiune asupra pulmonului suprajacent, contrabalansând forţa de retractibilitate a acestui organ, datorită elasticităţii sale. Prin paralizia diafragmului această forţă de tracţiune se suprimă şi retractibilitatea pulmonului începe să se manifeste liber în sensul axei verticale. Şi ascensiunea de atragere ar depinde deci nu numai de presiune abdominală, ci şi de aceasta tendinţă de retractibilitate a pulmonului. Putere de retractibilitate pulmonară exercitându-se în mod egal asupra totalităţii pulmonului, modificările mechanice, care constitue condiţiile de cicatrizare a leziunilor (reducere în volum, imobilizarea relativă şi încetinirea resorbţiei toxinelor) se realizează în mod egal în toate segmentele organului, atât cele bazale, cât şi cele apicale. Unii autori (Orsos, Fornet, Loeschke) sunt de părere chiar că tracţiunea diafragmului neparalizat exercitându-se mai accentuat asupra regiunei apicale, prin paralizia acestuia, diminuarea în volum ar interesa mai mult aceasta parte a pulmonului.

In rezumat deci modul de acţiune a frenicectomiei constă în următoarele: prin extracţia frenicului se realizează paralizia diafragmului prin care se suprimă forţa de tracţiune verticală asupra pulmonului, diafragmul este ridicat prin presiunea abdominală şi prin puterea de retractibilitate naturală a pulmonului, care în urma frenicectomiei se manifestă liber şi determină modificările în statică şi dinamică pulmonară, care se produc deopotrivă la nivelul tuturor segmentelor şi care creiază condiţiile prielnice pentru cicatrizarea şi vindecarea procesului tuberculos oricare ar fi localizarea lui. Pe lângă aceşti factori un oarecare rol trebueşte atribuit şi modificărilor de intervenţiune produse prin întreruperea firelor simpatice care influenţează în special secreţia broncho-pulmonară.

* * *

Indicaţiunile frenicectomiei sunt în general identice cu ale altor metode de colapsoterapie. Este admis însă aproape unanim că este

preferabilă aplicarea pneumotoracelui artificial şi numai după nereuşita acestuia este bine să se recurgă la frenicectomie. Puţini sunt aceia (Alexander, Goetze) cari preconizează frenicectomia înaintea pneumotoracelui bazându-se pe faptul că este o intervenţie simplă, se efectuiază într'un singur timp, iar rezultatele sunt comparabile celorlalte metode. Trebueşte însă avut în vedere că pneumotoracele are mare avantaj de a realiza colapsul atâta timp cât necesită procesul de cicatrizarea leziunilor, pulmonul fiind redat pe urmă integral funcţiunei respiratorii, pe lângă faptul că este metoda cea mai adoptabilă diverselor varietăţi de leziuni, măsurabilă şi reversibilă.

Ca operaţiune autonomă, frenicectomia este indicată în primul rând în procesele unilaterale. Cazuri fibroase sau cu predominenţă fibroasă, fără tendinţe destructive nu necesită în general colapsoterapie. Formele fibrocaseoase cu tendinţă spre staţionare sau puţin evolutive, cu focare de distrucţie limitate, mici sau mijlocii, sunt cele mai indicate, căci în aceste cazuri puterea de retractibilitate a pulmonului se manifestă în cele mai bune condiţii. In aceste cazuri de multe ori se obţin rezultate desăvârşite, ameliorări considerabile sau vindecări solide. Procesele infiltrative incipiente sunt susceptibile şi ele foarte deseori a fi influenţate favorabil, aşa încât în cazurile când eşuează pneumotoracele indicat pentru infiltratele precoce, este bine să se recurgă la frenicectomie cât de repede. Procese pneumonice masive, cât şi cele cu cavităţi mari gigante nu constitue indicaţiuni de predilecţie pentru frenicectomie, nici pentru pneumotorace de alt fel; în aceste cazuri frenicectomia poate fi aplicată ca o operaţiune adjuvantă pe lângă toracoplastie.

In ceea ce priveşte localizarea leziunilor susceptibile a fi indicate pentru frenicectomie, cei mai mulţi sunt de părere că şi leziunile apicale, ca şi cele bazale, sunt influenţate aproape în aceeaş măsură, căci concepţia mai veche care preconiza compresiunea activă a diafragmului ca factor principal în acţiunea frenicectomiei, a cedat locul concepţiei care atribue principalul rol puterii de retractibilitate care se manifestă deopotrivă în toate regiunile pulmonului.

Numeroşi autori (Dumarest, Brunner, Alexander, Maendel, Jessen Orsos etc.) demonstrează cu prisosinţă că leziunile apicale sunt tot aşa de indicate ca şi cele bazale pentru frenicectomie, efectele acestei metode nefiind în aceste cazuri câtuşi de puţin mai slabe, iar uneori fiind chiar mai demonstrative. In statisticile publicate de noi privind cazurile dela Clinica din Cluj[1]) şi dela Sanatoriul Cosmuţa,[2])

[1]) Daniello şi Alexandrov, Soc. ştiinţelor medicale, Cluj, 1929.

[2]) Alexandrov şi Angheli, Rev. ştiinţelor medicale III. 1931.

rezultatele favorabile în localizările superioare ating acelaş procent ca şi în alte localizări. Cazurile dela Sanatoriul Aiud, a căror analiză urmează, confirmă acelaş lucru.

Dat fiind prin frenicectomie volumul pulmonar nu se reduce foarte mult, iar părţile sănătoase îşi păstrează în mare parte funcţiunile, unilateralitatea leziunilor nu este absolut indispensabilă pentru frenicectomie, leziuni contralaterale limitate, fără tendinţe evolutive, de obiceiu nu se agravează.

Frenicectomia a mai fost preconizată pentru combaterea unor simptome, bunăoară s'a încercat cu oarecare succes în hemoptiziile repetate, mai ales când nu este posibil să se realizeze un pneumotorace hemostatic. S'a mai încercat frenicectomia şi alcoolizarea frenicului (Dumarest) pentru a combate tusea rebelă; unii au recurs la frenicectomie pentru a combate turburări cardiace în fibroze simfizare mari. Precum am mai amintit frenicectomia poate fi aplicată şi în scop de a reduce secreţiunile broncho-pulmonare abondente, dat fiind întreruperea fibrelor vegetative ar avea acest efect. Frenicectomia îşi mai găseşte aplicaţia în unele cazuri de bronchiectazie şi alte supuraţii pulmonare.

Ca o operaţiune adjuvantă, complimentară, frenicectomia poate fi asociată unui pneumotorace sau unei toracoplastii. Unui pneumotorace incomplect superior sau inferior, e bine să se asocieze frenicectomia pentru accentuarea colapsului.

Uneori este cazul să se recurgă la frenicectomie când bolnavul din motive de securitate nu poate continua pneumotoracele. La sfârşitul pneumotoracelui se poate indica frenicectomia când există motive că o reexpansiune completă a pulmonului ar putea redeştepta activitatea procesului. Frenicectomia se asociază de multe ori toracoplastiei, fie ca test-operation, fie pentru a se realiza un colaps mai complet.

Prof. Iacobovici a încercat să rezece în acelaş timp arcul anterior a primei coaste.

Asociată unui pneumotorace în partea contralaterală, adică ca element de dublă colapsoterapie, frenicectomia a dat rezultate foarte mulţumitoare, aşa încât indicaţia frenicectomiei de o parte şi pneumotoracelui în partea opusă, când din cauza simfizei nu se poate realiza un pneumotorace bilateral, este foarte de multe ori bine venită. Această metodă, relativ recentă a fost introdusă de Maendel în 1928. Unul dintre noi a comunicat 9 cazuri de acest fel la primul congres naţional de Tbc. 1931.[1])

[1]) Alexandrov, „Colapsoterapia bilaterală cu pneumotorace şi frenicectomie în părţi opuse", I-ul Congr. naţ. de Tbc. 1931.

Frenicectomia dublă a fost încercată întâi la tetanos asfixiant de Jobu şi Sauerbruch (1914), pentru sughiţ incoercibil, iar pentru leziuni tuberculoase de abea în 1927 de Curti în Franţa şi de Freund, Brauer, Brunner, Maendl, etc. în ţările germane. S'a mai încercat frenicectomia bilaterală şi în bronchiectazie. Deocamdată numărul cazurilor fiind limitat nu se poate pronunţa definitiv asupra indicaţiilor şi eficacităţii frenicectomiei bilaterale. Majoritatea cazurilor însă suportă această intervenţie, executată fireşte nu într'un singur timp ci la intervale de câteva săptămâni, fără inconveniente importante.

* * *

Contraindicaţiuni categorice pentru frenicectomie sunt aproape inexistente dat fiind cadrul foarte larg al indicaţiilor şi dat fiind reducerea suprafeţei respiratorii prin aceasta operaţiunea este mică. Este bine să se evite frenicectomia în tuberculoze bilaterale întinse unde cea mai mică reducere de volum pulmonar poate provoca grave turburări, în forma emfizematoasă, mai ales la indivizi vârstnici din aceleaşi motive, în cardiopatii necompensate, în determinări bacilare grave ale altor organe, cele uşoare însă se ameliorează după o frenicectomie eficace.

In ceea ce priveşte aderenţele pleurale, acestea nu constitue contraindicaţie, căci numai o simfiză foarte masivă poate întrucâtva împiedeca ascensiunea diafragmatică, de obicei însă aceasta ascensiune se efectuiază bine cu toate aderenţele, care de altfel condiţionează indicaţiile frenicectomiei în urma eşecului pneumotoracelui.

* * *

Accidentele şi complicaţiunile în urma frenicectomiei sunt rare. Accidentele operatorii nu sunt excluse fiindcă se lucrează într'o regiune cu mai multe vase şi nervi. S'au observat hemoragii abondente prin leziuni ale vaselor în cursul smulgerei nervului (vena subclaviculară, arteră pericardo-frenică), leziuni ale canalului toracic (Bortels), leziuni ale nervilor pneumogastric sau recurent (Sauerbruch); s'au semnalat chiar cazuri mortale prin emfizem mediastinal sau prin inundaţia pulmonului sănătos (Leriche).

Complicaţiile după frenicectomie în genere sunt benigne. S'au descris puseuri evolutive (Dumarest), însă trecătoare, pneumonii aspirative (Deist), atelectazii ale lobului inferior. Din partea aparatului circulator se observă relativ deseori palpitaţii, tachicardii, mai rar dureri precordiale, sincope, insuficienţă cardiacă, dilataţia cordului drept, dispnee care survine mai ales la frenicectomie bilaterală.

Din partea tubului digestiv să semnalează uneori greţuri, vărsături, dureri epigastrice, aerofagie; natural aceste turburări sunt mai frequente în frenicectomiile stângi.

In urma frenicectomiei bilaterale nu s'au observat turburări speciale sau mai frequente ca în frenicectomie unilaterală.

* * *

Rezultatele frenicectomiei obţinută de diverşi autori sunt în general mulţumitoare. Diferite statistici dau cifre mai mult sau mai puţin concordante, procentul rezultatelor favorabile variind puţin în jurul a 50%, apropiindu se astfel de calitatea rezultatelor altor metode de colapsoterapie.

Citâm câteva exemple de statistici străine şi ale noastre; Dumarest şi Berard au obţinut rezultate pozitive (vindecări şi ameliorări importante) în 50%; Graf a înregistrat revenirea capacităţii de muncă în 53,5%; Goetze şi Fischer au realizat vindecări clinice în 50%; Virth a avut rezultate favorabile în 53%; Neageli şi Schultze au obţinut dispariţia bacililor în 48%; Frank şi Miller — 40%; Bălăcescu şi Teodoreanu — 47%; L. Câmpeanu 54%; Daniello şi Alexandrov au avut rezultate favorabile imediate în 51,9%, iar tardive în 47,2% etc.

* * *

In Sanatoriul Aiud în cursul anului 1936 am avut tratate prin aceasta metodă 55 cazuri (30 bărbaţi şi 25 femei), dintre cari la 54 s'a făcut extracţia frenicului şi la 1 alcoolizare. Cea mai mare parte a cazurilor a fost operată la Clinica chirurgicală din Cluj conform procedeului operator descris. In totalitatea cazurilor a fost obţinută paralizia completă cu ascensiunea apreciabilă a diafragmului şi numai în două cazuri mişcările diafragmatice au revenit în parte peste câteva luni după frenicectomie datorită probabil anastomozelor rămase. Aplicând la câţiva bolnavi tratamentul postoperator constând în cura declivă şi laterală n'am putut constata o deosebire din punct de vedere a efectului faţă de cazuri la cari n'am aplicat acest tratament. In ceea ce priveşte indicaţiile ne-am condus după principiile înşirate mai sus, aplicând metoda ori de câte ori n'am putut institui un pneumotorace s'au dacă pneumotoracele s'a dovedit ineficace din cauza mai multor aderenţe, siliţi fiind a-l abandona. In 47 cazuri frenicectomia a fost aplicată fără asociaţie cu alte metode de colapsoterapie; în 3 cazuri a fost efectuată înainte de toracoplastie, care a urmat; în 3 cazuri a fost indicată pentru tuberculoză bilaterală, în partea opusă instituit fiind pneumotorace; într'un caz a fost făcută după un plombaj eşuat şi într'un caz s'a făcut numai alcooli-

zare. In ceea ce priveşte întinderea leziunilor, din 55 cazuri în 36 a fost vorba de leziuni mai mult sau mai puţin localizate, limitate la un singur lob, iar în 19 cazuri de leziuni întinse, depăşind un lob. In partea dreaptă s'au făcut 23 operaţiuni şi în stânga — 32.

In ceea ce priveşte accidente şi complicaţiuni, n'am avut ocazie să observăm nici un accident în timpul sau imediat după operaţiune, într'un singur caz la câteva ceasuri după frenicectomie am observat un colaps destul de important lichidat însă cu ajutorul cardiotonicelor. In multe cazuri s'a constatat dispnee uşoară şi trecătoare, ceva mai des am avut de înregistrat tachicardie şi palpitaţii. Am mai avut şi câteva cazuri cu turburări gastrice constând în aerofagie la persoane predispuse, greţuri, uneori vărsături. Am semnalat şi noi în mai multe cazuri o accentuare a expectoraţiei urmată însă în cazuri cu tendinţe favorabile de o micşorare a acesteia. Dureri toracice datorite tracţiunei aderenţelor, dureri în umăr şi chiar în braţ am constatat nu arareori.

In ceea ce privesc rezultatele, am clasat cazurile noastre în următoarele grupuri: *rezultate foarte bune*, când am obţinut o vindecare clinică, schimbarea tabloului radiologic în sensul unei regresiuni sau cicatrizări cu dispariţia cavităţilor, bacloscopie negativă şi recâştigarea capacităţii de muncă.

Rezultate bune, când am obţinut ameliorări clinice importante, cicatrizarea manifestă a leziunilor cu diminuarea apreciabilă a cavităţilor, când existau, dispariţia completă sau cu intermitenţă a bacililor în spută.

Rezultate mediocre, când am obţinut ameliorări prea puţin importante şi fără modificări apreciabile a imaginilor radiologice, bolnavii supravieţuind, dar fără a se putea conta pe durabilitatea opririi evoluţiei.

Rezultate nule, eşecuri, când nu s'a obţinut nici un efect, evoluţia boalei continuând spre sfârşitul fatal.

Din cele 55 cazuri observate de noi în sanatoriul Tbc. Aiud am obţinut rezultate foarte bune în 8 cazuri (14,55%), rezultate bune în 20 cazuri (36,36%), rezultate mediocre în 18 cazuri (32,72%) şi rezultate nule în 9 cazuri (16,37%).

Totalul cazurilor cu rezultatele favorabile (foarte bune şi bune) a fost 28, adecă *50,91%*, iar cele negative 27, adecă 49,09%. Rezultatele noastre sunt foarte apropiate celor obţinute de cei mai mulţi. In ceea ce priveşte valoarea rezultatelor în raport cu partea leziuni, am putut constata şi noi că rezultatele frenicectomiilor drepte şi

stângi nu diferă aproape de loc. La 23 frenicectomii drepte am avut 12 cazuri pozitive, adecă 52,17%, iar la 32 stângi am avut 16 pozitive (50%).

In raport cu întinderea leziunilor am putut observa, ceea ce a fost observat şi de alţii şi de noi cu ocazia altor observaţiuni, că leziunile întinse dau un procent cu mult mai mic de rezultate favorabile; dintre 19 cazuri ale noastre cu leziuni întinse n'am obţinut decât 4 rezultate pozitive (21%), pe când la 36 cazuri cu leziuni localizate am obţinut 24 rezultate pozitive (66%). Dat fiind aproape totalitatea cazurilor cu leziuni limitate la un singur lob au fost cu localizări superioare, este evident că se confirmă faptul că pentru aceste localizări frenicectomia este cel puţin tot aşa de eficace ca şi pentru segmentele pulmonare inferioare.

Notăm încă, că la 11 dintre cele 55 cazuri, am asociat frenicectomiei auroterapie (Lipaurol, Solganal, Sanocrizina) obţinând 6 cazuri favorabile, adecă 54,5%, procentul puţin mai ridicat decât la cazuri fără auroterapie.

* * *

In baza consideraţiunilor generale şi a cazurilor observate de noi, concludem că frenicectomia aplicată ca o operaţiune autonomă are valoare comparabilă cu celelalte metode de colapsoterapie; fiind o intervenţie simplă cu un larg cadru de indicaţiuni, cu complicaţiile rare şi de minimă importanţă, furnizând rezultate de o valoare incontestabilă, merită a fi aplicată pe o scară întinsă în practica ftiziologică.

Spitalul de Stat Sighişoara.
Director: Dr. N. Onaca.

Pseudomixomul Apendicular.

De **Dr. N. Onaca.**

Dacă comunicarea cavităţii apendiculare cu cea a cecului este întreruptă printr'un proces patologic oarecare, de regulă în urma unui proces inflamator se produce un emplem apendicular, care prin regresiunea proceselor inflamatorii poate da naştere la un hidrops al apendicelui, la o formaţiune chistică sau la un mucocel numit astfel din cauza conţinutului mucos al apendicelui. Chistele care se produc în forma aceasta pot ajunge dela mărimea unei cireşe la acea de cap de adult.

Elbe adună la 1910, 150 cazuri din literatură. Dodge găseşte în 1916, 142 cazuri de chiste apendiculare publicate în literatură.

Sonnenburg, Mc. Lean, Klemm au descris cazuri de chiste apendiculare desvoltate cu totul independente de apendice probabil din mici porţiuni apendiculare separate de aceste printr'un proces oarecare.

In cazul descris de mine este vorba de un bolnav în etate de 28 ani, muncitor.

In antecedentele heredo-colaterale şi personale nu se observă nimic deosebit.

Istoricul boalei: debutul de doi ani în mod insidios cu dureri în regiunea fosei iliace drepte, durerile iradiau uneori în epigastru fiind urmate în acestea cazuri de sensaţii de greaţă. N. a vărsat. Scaunul neregulat, perioade de diaree alterează cu perioade de constipaţie.

Durerile din fosa iliacă dreaptă accentuându-se mai mult, consultă Spitalul nostru.

Examenul obiectiv.

Bolnavul de statură mijlocie cu ţesutul muscular şi celulogrăsos bine desvoltat. Sistemul limfatic: ganglionii nu se palpează.

Aparatul circulator şi respirator nimic deosebit.

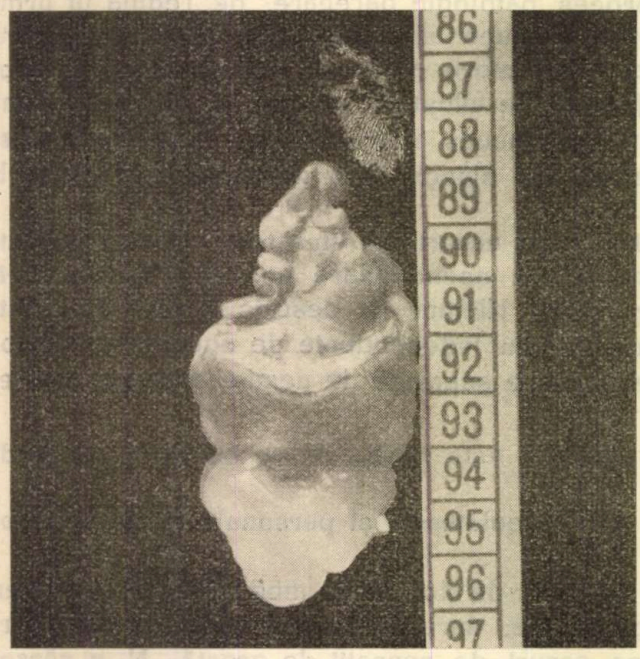
Abdomenul este de conformaţiune normală, la percuţie nu se observă nimic deosebit. Ficatul, splina între limitele normale.

La palparea profundă se constată în fosa iliacă dreaptă o sensibilitate excesivă localizată în punctul lui Mac. Barney. Cecul dilatat plin cu gaze. Aparatul urinar nu prezintă nimic deosebit.

Examenul de laborator: Leucocitoza 9000. Urina nu conţine albumină şi zahăr.

Se pune diagnosticul de apendicită cronică şi se intervine.

Operaţia în anestezie rachidiană, incizia lui Roux. Exteriorizând cecul apare apendicele transformat într'o tumoare chistică cu bază largă de inplantare pe cec. Tumora după cum se vede şi în clişeul Nr. 1 avea o lungime de 5 cm. pe o lăţime de 3 cm. avea



Fotografia Nr. 1.
Chist gelatinos Apendicular

o formă ovoidă, nu era aderată de organele vecine, fluctua la presiune. Ganglionii regionali nu erau măriţi.

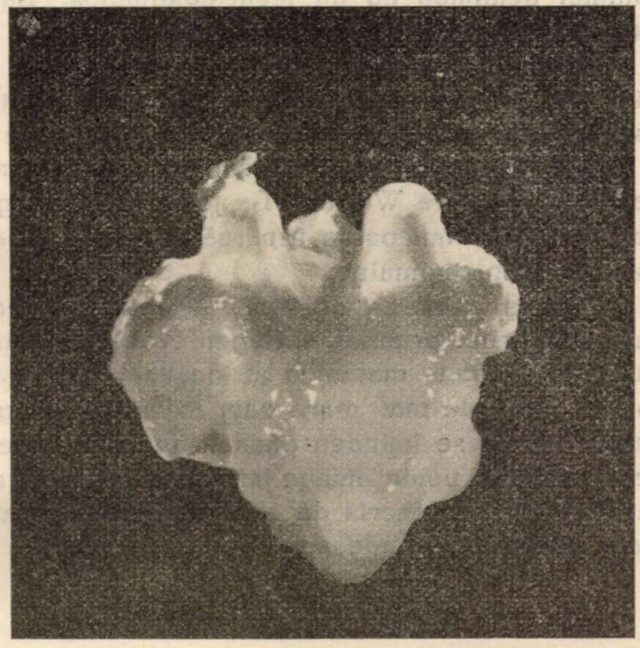
Se extirpă apendicele împreună cu baza sa de inserţiune pe cec.

Se suturează peretele cecului în mai multe straturi, se închide complect cavitatea peritoneală.

Tumora extirpată avea dimensiunea de 5×3 cm., era fluctuantă, avea pereţii groşi, iar conţinutul gelatinos după cum se vede şi din clişeu.

Evoluţia post operatorie este normală, bolnavul părăseşte Spitalul în a 10-a zi după operaţie.

Peretele chistului de regulă prezintă leziuni inflamatorii, acest perete poate să fie foarte subţire, în alte cazuri cum este şi al nostru, acest perete poate fi mai gros. Conţinutul este mucos sau gelatinos. In cazul descris de mine conţinutul a fost gelatinos. Foarte rar acest conţinut este lichid.



Fotografia Nr. II

Chist gelatinos Apendicular după deschiderea Apendicelui.

Cauza care face să se formeze aceste chiste este obliterarea porţiunei proximale a apendicelui. In caz că conţinutul chistului este mai gros (consistent) poate să existe o comunicare mai mică între cavitatea chistică şi cea a cecului, cum de altfel a fost şi în cazul meu. Elbe a putut să reproducă pe cale experimentală chistul apendicular, izolând apendicele de cec şi aplicând o ligatură pe limfaticele apendicelui. In baza acestei experienţe s'a emis hipoteza că stagnarea limfatică de asemenea ar avea un rol important în producerea acestor chiste.

Obliterarea cavităţii apendiculare în majoritatea cazurilor este produsă printr'o cicatrice secundară unui proces inflamator, mai rar prin tuberculoză, sifilis sau carcinom, cum a fost în cazul lui Hueter.

Simptomatologia acestor chiste se confundă cu cea a apendicitei deosebindu-se de aceasta numai în cazurile unde chistul ajun-

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNII SIBIIU

gând la un volum mai mare produce tulburări prin compresiunea organelor vecine.

Dacă perforează acest chist prin revărsarea conținutului poate da tabloul anatomo-patologic al unui pseudo-mixom. Acest lucru l-am observat la un fost coleg de clinică care fiind operat pentru apendicită s'a constatat un apendice cu peretele gros infiltrat conținutul gelatinos, iar în jurul apendicelui de asemenea se observă un conținut gelatinos ca un țesut mixomatos. La examenul histologic făcut s'a constatat un pseudo-mixon.

Una dintre urmările cele mai interesante din punct de vedere clinic și teoretic ale proceselor inflamatorii apendiculare este pseudo-mixomul cavității abdominale descris de către Eugen Fränkel la 1901. O îmbolnăvire asemănătoare se observă la femei și a fost descrisă de către Werths. La femei prin spargerea unui chist ovarian conținutul mucos se revarsă în cavitatea abdominală dând naștere pseudomixomului.

Același lucru se observă la chistul mucos apendicular după cum a observat prima dată Eugen Fränkel. Conținutul revărsat poate să fie în cantitate mai mică și localizat în jurul apendicelului, alteori este în cantitate mai mare cum a fost la colegul meu la care conținutul mucos se întindea până în fundul de sac a lui Duglas. Alteori acest conținut poate ajunge într'un sac herniar dând pseudomixomul sacului herniar descris de către Löhr. Extirparea chistului duce în toate cazurile la vindecare.

Un caz de hernie ombilicală embrionară vindecat spontan.

de **Dr. Liviu Radu**, Braşov.

In primele luni ale vieţii embrionare, peretele abdominal este deschis în partea sa anterioară şi poate lăsa să hernieze prin această deschizătură, următoarele:

1. Vişcere abdominale, ca apoi din persistenţa acestei situaţii, la naştere să se constitue, hernia ombilicală embrionară; malformaţie care — în mod obişnuit determină moartea noului născut, dar care uneori, este susceptibilă la vindecare spontană sau pe cale chirurgicală;

2. Poate persista pediculul veziceĭ ombilicale şi vasele omfalomezenterice;

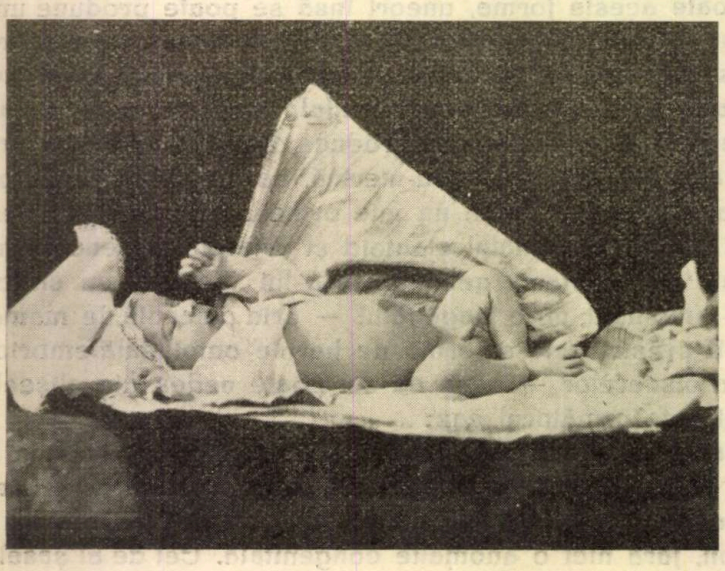
3. Poate persista alantoida şi vasele alantoide.

In toate aceste forme, uneori însă se poate produce un proces interesant; peretele abdominal se contractă mereu, iar viscerele procidente se retractă în cavitatea abdominală cu toată presiunea intraabdominală spre exterior, vasele omfalo-mezenterice şi canalul alantoid se atrofiază şi dispar. Se produce deci, după naştere un proces similar celui din luna 3-a intra-uterină, ca în sfârşit inelul ombilical să nu mai reprezinte decât un mic orificiu prin care trec resturi din pediculul ombilical, canalul alantoid şi arterele şi venele ombilicale înconjurate de substanţa gelatinoasă a lui Warton; ca să constitue cordonul ombilical, care leagă fătul — prin placentă de mamă. Cazul pe care îl prezint este o formă de hernie ombilicală embrionară cu eventraţia viscerelor — ceea ce se poate vedea din clişeele ce le prezint şi este următorul caz:

Soţia lui I. Costin dela fabrica Farola Braşov, în luna Ianuarie 1936, dă naştere celui de al şaselea copil. In antecedentele mamei nimic deosebit. A avut şase naşteri cari au decurs normal; primii cinci copii, fără nici o anomalie congenitală. Cel de al şaselea copil

— născut la data menţionată mai sus, prezintă o anomalie ombilicală care fapt îi determină — la sfatul moaşei — să mă cheme pe mine, după 36 de ore dela naştere, ca să-l văd. Am constatat că lăuzia decurge normal, mama afebrilă; noul născut prezintă o hernie

ombilicală embrionară. La nivelul suprafeţei herniei ce era de mărimea unui pumn de adult, constat un proces de sfacelare, care



elabora un miros fetid; iar la palpare simţeam viscerile prin acest sac peritoneal, ce avea o grosime — abia — de 1 mm.

Din cele constatate am considerat cazul grav şi am recomandat să-l ducă la spital, pentru a i se face o intervenţie chirurgicală. La spital i s'a refuzat intervenţia chirurgicală — considerând colegii — cazul pierdut.

Readus în tratamentul meu, am căutat să aplic un tratament conservativ, singurul ce mai rămânea de făcut. Aplicând pe suprafaţa tumoarei pansamente compresive cu soluţie 1:500 rivanol şi acid boric, apoi onctiuni cu granugenol. Am reuşit — după 4 zile de tratament — copilul să devină vioi, să se alimenteze singur, sugând mulţumitor. Ţesuturile sfacelate dela suprafaţa tumorii au început să să se elimine, apoi peretele abdominal să se contracte şi să se retracte tot mai mult hernia. După trei săptămâni de tratament am obţinut situaţia din clişeul 2 similară situaţiei locale la un nou născut normal imediat după naştere. După cinci săptămâni ombilicul era complet închis şi cicatrizat.

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA

MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Două cazuri de diabet insipid.

De **medic Locot. Dr. Roșca Dumitru.**

Prin diabet insipid se înțelege sindromul clinic caracterizat prin polidipsie și poliurie fără glucozurie.

Voi reda mai jos observațiile clinice a doi bolnavi suferinzi de această afecțiune, bolnavi cari au fost internați în Spitalul Militar Sibiu.

Obs. I.

Tânărul G. I. dela Cercul de Recrutare Timiș Torontal în vârstă de 21 ani, intră în serviciul medical al spitalului nostru la 18 III. 1935, pentru cefalee, deformațiuni și dureri în membrele inferioare, polidipsie și poliurie.

Antecedente H. C.: nimeni din familia lui nu sufere de o maladie asemănătoare.

Antecedente personale: Bronșită în 1929, fractura radiului stâng consecutivă unui accident de călărie în 1931. Neagă maladiile infecto-contagioase și venerice.

Istoric: In 1933 în urma unui traumatism în regiunea parietală bilaterală (strivit cu ușa) s'a internat într'un sanatoriu din Timișoara unde făcându-i-se o radiografie a craniului s'a constatat leziuni osoase ale șeiei turcești. La aproximativ două-trei săptămâni după accident a început să acuze polidipsie, poliurie și cefalee pentru cari i s'a făcut radioterapie pe zona șeiei turcești și injecții cu pituitrină. In urma acestui tratament nu s'a produs nici o ameliorare, poliuria s'a accentuat progresiv.

Afară de sindromul de mai sus, încă dela vârsta de 11 ani bolnavul a observat desvoltarea unor nedozități situate în jurul ambelor articulații ale genunchilor, mici la început dar crescând lent și progresiv, de consistență dură osoasă și producând deformații la nivelul articulațiilor citate.

Starea prezentă: La examenul clinic se constată: poliurie, polidipsie și exostoze multiple de mărimi și forme diferite situate în

jurul articulaţiilor ambilor genunchi. La examenul fundului de ochi nu se găseşte nimic anormal. Reacţia B. W. în sânge negativă.

Examen radiolog: (Dr. Popescu) pe radiografia craniului făcută în lateral se vede un aspect de calus mic în peretele posterior a şelei turceşti. Pe un examen radiologic al scheletului s'a constatat prezenţa a 28 de exostoze de mărimi şi forme variate şi diseminate numai pe scheletul membrelor.

Punând sub control riguros bolnavul timp de 17 zile am constatat următoarele: zilnic ingerează între 10—14 litri de apă şi urinează zilnic aproape acelaş cantitate. In urină nu se găseşte nimic patologic afară de faptul că sunt mult hidrurice şi cu densitatea oscilând între 1003—1005. Nu poate suporta lipsa apei. Noaptea urinează mai mult decât ziua cu aproape 1—2 litri.

Se face proba lui Pribram şi constatăm că individul sănătos urinează mai mult şi înaintea bolnavului.

După 5 zile de internare i se face puncţie lombară, se scot vreo 8—10 cm. c. lichid clar ca apa de stâncă, în lichid nu găsim nimic patologic şi reacţia B. W. este negativă. După puncţia lombară se observă o schimbare în ritmul urinar şi anume, bolnavul urinează mai mult ziua decât noaptea. Această inversiune a ritmului urinar revine la forma primordială adică la bradiurie diurnă după 3 zile dela puncţie. Puncţia lombară nu are o acţiune manifestă asupra poliurii.

După câteva zile începem tratament cu pituitrină din care injectăm zilnic câte un cm. c., scade poliuria puţin variind între 8—9 l. la zi, iar în primele zile de tratament poliuria întrece polidipsia pentru ca în ultimile zile ale tratamentului poliuria să fie egală cu polidipsia. La data de 5 Aprilie 1935, părăseşte serviciu fiind reformat pentru diabet insipid.

Obs. II.

Tânărul I. I., în vârstă de 23 ani, se internează la 11 VI. 1935, în serviciul medical pentru polidipsie şi poliurie.

In antecedentele heredo-colaterale e de remarcat că bolnavul a mai avut o soră bolnavă de diabet insipid, care a şi murit, susţine bolnavul, din cauza acestei afecţiuni.

Antecedente personale: La vârsta de 8 ani, sufere un accident căzând din un pom, accident, care nu i-a produs nici o fractură şi în urma căruia nici n'a stat la pat.

Istoric: La vârsta de 13 ani, fără nici o cauză determinantă, începe să aibă o puternică şi continuă senzaţie de sete, începe să bea apă multă şi să urineze mult. A fost internat în Spitalul din

Buda Pesta, unde cu tot tratamentul făcut fenomenele de poliurie şi polidipsie au continuat să crească. A mai consultat diferiţi medici şi a urmat diferite tratamente fără să i se amelioreze boala, ci din contră bea cantităţi de apă din ce în ce mai mari, setea devenind imperioasă. Spune că dacă i se întâmplă la câmp să nu aibă apă îşi bea chiar urina.

Starea prezentă: Bolnav de constituţie medie, afebril. Apetit normal.

Obiectiv nu se constată nimic anormal.

Organele genitale normal desvoltate.

Subiectiv: Bolnavul acuză o sete mare invincibilă, urmată de poliurie. Bea dintr'o dată câte 3—4 litri apă şi cu toată această cantitate mare de apă ingerată, nu-şi simte potolită setea. Acuză o senzaţie de arsură continuă în regiunea epigastrică, senzaţie ce se calmează prin ingestia de lichide în cantitate mare şi de orice fel. „Beau tot ce îmi ese în cale" spune bolnavul. In urină nimic patologic.

Fundul de ochi este normal.

Reacţia B. W. în sânge este negativă.

Radiografia şelei turceşti nu arată nimica anormal.

La intrarea în serviciu bolnavul ingerează zilnic 21—24 litri apă, urinând cu ceva mai puţin decât ingerează.

Noaptea urinează mai mult decât ziua.

Făcându-se proba Pribram se constată că bolnavul urinează înaintea celui sănătos.

Reducerea sării din alimentaţie precum şi încercarea de a-i reduce lichidele n'au dus la nici un rezultat.

S'a încercat un tratament antispecific cu titlu de încercare fără rezultat.

Puncţia lombară nu a modificat apreciabil nici polidipsia şi nici poliuria.

Hipofizina administrată pe cale subcutanată zilnic a redus puţin atât polidipsia, cât şi poliuria.

Bolnavul părăseşte serviciul la 23 VII. 1935, fiind clasat inapt pentru serviciul militar din cauza afecţiunii pe care o are.

Din punct de vedere al etiologiei cazurilor mai sus expuse reese că în obs. I. diabetul insipid se datoreşte traumatismului cerebral, urmat de un calus mic şi perzistent în peretele posterior al şelei turceşti, la un bolnav care sufere de o maladie osteogenetică Apariţia polidipsiei şi poliuriei la un scurt interval după traumatism ne îndreptăţeşte această afirmaţie.

In cazul observaţiei II etiologia e greu de precizat. Că şi aicea există un traumatism este incontestabil, însă fenomenele de diabet insipid au apărut 5 ani după traumatism aşa că ar fi greu de admis această ipoteză. Pe radiografia şeiei turceşti nu se constată nimica anormal. In antecedentele personale nu găsim nici o toxi-infecţiune care ar fi putut da naştere acestui sindrom clinic. Ceeace pare plauzibil în cazul de faţă ar fi ereditatea căci bolnavul a mai avut o soră care a suferit de această afecţiune.

Asupra patogeniei acestei afecţiuni părerile sunt încă împărţite.

Primul care a arătat producerea poliuriei în urma intervenţiilor pe hipofiză şi mai ales pe lobul posterior a fost Cushing. Mai târziu (1913) I. Camus şi Roussy au demonstrat că poliuria se datoreşte leziunilor regiunei infundibulo-tuberiene şi că tumorile ipofizei acţionează prin compresiunea ce o produc acestei regiuni. Majoritatea autorilor admit această ipoteză. Bauer şi Aschner admit o turburare în metabolismul apei şi în incapacitatea rinichiului de a concentra normal sarea; în sfârşit alţii susţin ipoteza incapacităţei ţesuturilor de a reţine apa.

O vedere unitară asupra patogeniei diabetului insipid precum şi a primordialităţii polidipsiei sau poliuriei încă până în prezent nu avem.

Diagnosticul ni-l precizează polidipsia şi poliuria fără gligozurie.

Diagnosticul diferenţial trebue făcut cu poliuriile nervoase ale istericilor, cu poliuriile funcţionare şi cu dipsomania.

Voi reda mai jos câteva din probele clinice pe care le-am întrebuinţat noi pentru precizarea diagnosticului:

a) Strângem urina de peste zi şi de peste noapte separat deci când bolnavul este în picioare şi culcat şi găsim la cei cari suffr de diabet insipid că urinează mai mult noaptea decât ziua şi mai mult culcat decât în picioare tocmai ceia ce se produce invers la indivizii normali;

b) Proba Pribram: Se dă unui individ sănătos şi bolnavului presupus cu diabet insipid după ce şi-a golit vesica să ingereze câte un litru de apă. Individul sănătos urinează înaintea celui bolnav şi o cantitate mai mare de urină;

c) Poliuria întrece polidipsia la indivizii cu diabet insipid;

d) Nu pot suporta privaţia apei cei cu diabet insipid;

e) Deshidratarea organismului la aceşti bolnavi;

f) Puncţia lombară micşorează cantitatea de urină la cei cu diabet insipid;

g) Hipofizina (sau alte preparate de lob posterior) micşorează atât polidipsia, cât şi poliuria;

h) Sugestia influenţează poliuriile funcţionare şi nervoase;

i) Radiografia când arată leziuni a şelei turceşti indică diabet insipid.

Aceste probe nu sunt patognomice însă totuşi dau indicaţiuni destul de precise pentru a preciza un diagnostic.

Tratament: In cazurile unde putem stabili o etiologie precisă facem tratamentul afecţiunei cauzale. Când nu avem leziuni vizibile radiologice şi reacţiile B. W., în sânge şi în lichid sunt negative, se încearcă un tratament de probă antispecific. Noi încă am încercat un tratament specific la bolnavul din obs. 2-a fără nici un rezultat.

In cazurile în cari nu putem stabili etiologia vom face un tratament cu ipofiză în injecţii subcutanate şi pulbere de ipofiză în prizaj de câte 4—5 ori la zi. Nici acest tratament care trebue continuat toată viaţa nu dă în toate cazurile rezultate bune.

Bibliografie.

Besancon: Pathologie medicale Tome VI.
Choay: Presse Med. Nr. 73/1938.
Hitzenberg: Wiener. Kl. W.-Şchrift Nr. 47/1927.
M. Labèe: Presse medicale Nr. 101/928 şi 15/1930.
Lanceraux şi Paulescu: Traietè de medicine Tom IV.
Dr. Popescu: Rev. Sanit. Milit. Nr. 11/1936
Roger: Traite de physiologie normale et. pathologiae Tome IV.

Consideraţiuni asupra diagnosticului sarcinei extrauterine prin examen bio-hormonal

de **Dr. Radu Liviu,** Braşov.

Sarcina extrauterină în majoritatea cazurilor, prezintă o simptomatologie clasică — din care — atunci când medicul posedă noţiuni teoretice şi practice complete, uşor o poate recunoaşte şi lua măsurile de rigoare pentru a salva pacienta. In majoritatea cazurilor şi în special acolo unde rolul medicului este de a face medicină universală — în mediul rural — şi unde bolnava nu se poate adresa unui specialist se impune a se recurge la diagnoza sarcinei ectopice pe cale biohormonală în toate cazurile unde se poate presupune o sarcină extrauterină. Acest procedeu diagnostic are dublu avantaj: 1. Medicul din mediu rural care nu poate face faţă unei inundaţii peritoneale neavând nici tehnica chirurgicală necesară, nici o sală de operaţie, — va putea — astfel — preveni un accident care poate fi fatal de multeori; prin diagnosticul precoce — înainte de a se rupe sacul foetal — prin o analiză biohormonală din urina bolnavei — rezultat ce se poate obţine în 5—7 zile dela oricare laborator de analize biohormonale, din ţară; 2. Medicul va evita să abordeze un tratament greşit în multe cazuri dubioase unde un tratament greşit poate fi agravant pentru sănătatea pacientei, ca de exemplu, atunci când se confundă o asemenea afecţiune cu o tumoră anexială de origine inflamatorie.

Din experienţele ce am făcut în sensul diagnosticării — pe cale hormonală a sarcinei extrauterină asupra mai multor cazuri, am putut constata că în toate cazurile unde am diagnosticat şi operat pentru sarcină extrauterină diagnoza biohormonală — făcută de dl Dr. Vitalyos — Cluj — a fost pozitivă, putând avea deci încredere (în această cale de diagnoză). Intr'un singur caz — unde examenul Ascheim-Zondek şi Friedman, s'a făcut după ce s'a produs inundaţie peritoneală; mi s'a dat un rezultat dubios — specificându-se că pare a fi un caz de sarcină deranjată. Bazat pe importanţa acestor constatări, cred, că diagnosticul biohormonal al sarcinei extrauterine — mai ales în mediul rural — va trebui să se practice sistematic în interesul atât al medicului cât şi al pacientei.

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu.

Concluziuni:

Inainte de a trece la discuţia cifrelor, trebue să facem o observaţie pentru a evita o interpretare greşită a diferenţei aparente ce există între cifrele din capitolul „datelor rezumative privitoare la anchetele medico-sociale" etc., dela începutul acestei publicări şi datele din această parte finală a lucrării.

La data când s'au publicat datele rezumative ale anchetelor medico-sociale, s'a dispus de un material privitor la 19 comune şi deci discuţia statistică a fenomenelor şi faptelor constatate se referă din acel loc numai la acel material, iar azi se trag concluzii finale la materialul a 24 comune, deoarece între timp s'au anchetat încă 5 comune. Deci deosebirile între cifrele statistice dela începutul acestei lucrări şi cele ce vor urma se vor interpreta în sensul acestui fapt.

Numărul total al populaţiei comunelor examinate, este de 31.484 suflete dintre cari 25.852 au fost examinate. Cifra populaţiei examinate reprezintă 82,1% din populaţia comunelor anchetate şi 17% din populaţia totală a judeţului Sibiu. Din aceste ultime două cifre, prima are importanţa unui indicator matematic al eficienţei de muncă şi el exprimă într'o măsură foarte reală, gradul de încredere cu care populaţia a acceptat aceste anchete iar a doua cifră, reprezintă valoarea statistică a concluziilor ce derivă din prelucrarea datelor obţinute privind judeţul întreg.

Cifra de 82,1% care exprimă procentul examinaţilor, faţă de totalul populaţiei comunelor anchetate este foarte satisfăcătoare şi înseamnă că abstrăgând numărul acelora care în ziua anchetei nu se aflau în comună — căci diferenţa de 17,9%, este reprezentată aproape exclusiv de această categorie — *întreaga populaţie* a fost examinată. Faptul că 17,1% a populaţiei judeţului a fost vizitată şi

luând în considerare şi faptul că numărul nostru de fişe în număr de 25.852 se referă la comune din diferite regiuni ale judeţului, atât dela munte cât şi dela şes, altele sărace, unele cu stare economică bună, o parte din ele cu populaţie pur românească, altele cu populaţie mixtă şi altele cu populaţie minoritară în majoritate, concluziile cari le tragem, pot fi privite de o valoare care se apropie în bună măsură de ceeace trebue să fie nivelul stării sanitare al ţăranului din judeţul nostru.

In ceiace priveşte starea materială a familiilor examinate, 20,7%, au fost aflate având o stare bună, 48,8% submediocră şi 30,5% rea. In general comunele de şes şi mai ales cele din apropierea oraşului Sibiu, au o stare materială mai bună decât cele de munte sau din imediata apropiere a munţilor. Din cifrele de sus, reese că 30,5% a familiilor examinate se află într'o stare materială slabă şi dacă luăm în considerare că majoritatea acestor familii sunt într'o stare precară din cauza numeroşilor membrii de familie, se deduce că aproape jumătatea populaţiei, duce lipsuri grele în lupta pentru existenţă.

Cu privire la condiţiile de igienă a camerilor locuite, se constată că 29,6% a celor examinaţi, locuiesc în case primitive, cu o singură cameră de locuit, 56,3% locuiesc în case cari dispun de două camere, iar restul de 14,1% locuesc în case cu un oarecare confort igienic, cu trei sau chiar mai multe camere.

E de observat însă că majoritatea celor cari au două camere de locuit, folosesc în permanenţă, numai o singură cameră, cealaltă fiind rezervată exclusiv pentru zile mari sau evenimente mai importante în viaţa lor, aşa încât în realitate, putem spune că 85,9% a familiilor cu toţi membri aparţinători familiei îşi petrec viaţa într'o singură cameră. Credem că una şi poate cea mai importantă cauză a îmbolnăvirilor de pneumonii şi broncho-pneumonii mai ales iarna la copiii mici, este a se căuta în aceste condiţii de lipsă de confort igienic a locuinţei.

Examinarea populaţiei după categoriile de vârstă, scoate la iveală o situaţie tristă. In marea majoritate a comunelor, se observă tendinţă de reducere a grupului populaţiei tinere şi o mărire consecutivă a categoriei bătrânilor.

Populaţia noastră rurală, tinde spre îmbătrânire, având deja în momentul de faţă, caracter staţionar din punct de vedere evolutiv, ceeace înseamnă prima treaptă spre tipul populaţiei regresive.

Este adevărat pe de altă parte că în cadrul unei anchete medico-sociale, este foarte greu să se stabilească caracterul evo-

lutiv al populaţiei, deoarece în cadrul anchetei executate de noi, nu s'a putut analiza în toate amănuntele fenomenul emigraţiei populaţiei rurale înspre oraş şi cum presupunem că în judeţul Sibiu acest fenomen se manifestă într'o măsură destul de intensă, datele noastre arată o situaţie ceva mai gravă decât în realitate.

Cu privire la longevitate, dintre cei 25.852 locuitori examinaţi, sau aflat 12 persoane între etatea de 90—100 ani şi o singură persoană între 100—105 ani. Făcând calculul la populaţia comunelor examinate, găsim că probabilitatea atingerii etăţii de 90—100 ani, este de 38 la 100.000, iar dintre 100.000 locuitori abia 3 pot avea speranţe să ajungă etatea de 100 ani.

Starea sănătăţii calculată pe totalul examinaţilor, se prezintă cu 20.587 sănătoşi şi 5265 atinşi de diferite afecţiuni acute sau cronice. Cu alte cuvinte 79,7% a populaţiei a fost aflată sănătoasă şi 20,2% bolnavă.

Afecţiunile aparatului respirator au fost 1024, adică 3,9% a celor examinaţi şi 19% a bolnavilor.

Afecţiunile tubului digestiv, dau un total de 787 cazuri deci 3% a celor examinaţi şi 14.9% a bolnavilor.

Afecţiunile tireoidiene, 565, adică 2,0% a celor examinaţi şi 10% a bolnavilor.

Afecţiunile oculare, 540, cu un procent de 2,0% faţă de totalul examinaţilor şi 10,0% faţă de numărul bolnavilor.

Afecţiunile aparatului circular, dau un total de 510, adică, 1,9% faţă de totalul examinaţilor şi 9,7% a bolnavilor examinaţi.

Afecţiuni de nas, gât şi urechi, în total 491 deci 1,6%, faţă de totalul examinaţilor şi 9,3%, faţă de bolnavi.

Afecţiunile urogenitale, au fost în număr de 426, deci 1,6% faţă de numărul examinaţilor şi 8% faţă de bolnavi.

Afecţiunile cutanate, sunt trecute cu un total de 384, ceiace face 1,4% faţă de numărul examinaţilor şi 7,2% faţă de bolnavi

Sifilisul a fost diagnosticat în 255 cazuri, deci 0,9% faţă de numărul examinaţilor şi 4,8% faţă de cel al bolnavilor.

Afecţiunile nervoase, dau 200 cazuri cu un procent de 0,7% faţă de numărul examinaţilor şi 3,8% faţă de numărul celor bolnavi.

Tuberculoza a dat 185 cazuri, ceeace înseamnă 0,7% a examinaţilor şi 3,5% faţă de numărul bolnavilor.

Surdo-muţi au fost 39, cretini 32, tumori maligne 20, alienaţi 14 şi orbi 10.

In cursul examinărilor făcute s'au luat probe de sânge pentru reacţia Wasermann, la 1432 persoane, dintre cari 240 cu rezultat

pozitiv şi 1192 cu rezultat negativ. Sau mai executat 1916 extracţii dentare şi s'au executat cu totul gratuit 6765 recete.

Din expunerea acestor câtorva date mai importante, rezultă că prin devotamentul şi sacrificiul personalului medical şi sanitar auxiliar din oraşul şi judeţul Sibiu, s'a executat o muncă care ne-a permis a cunoaşte viaţa satelor din punct de vedere sanitar într'o măsură cât se poate de aproape de realitate şi s'a executat o muncă de asistenţă medicală de înaltă valoare şi unică până în prezent la noi. S'a putut demonstra că este posibilă executarea unei lucrări extinse şi de mare valoare obştească cu cheltueli extrem de reduse şi ceeace credem că prezintă iarăşi o importanţă excepţională în viaţa noastră de azi, este faptul că s'a putut verifica încă odată că, corpul medical, când este vorba de a-şi da contribuţia la o operă de ajutor real şi desinteresat pentru populaţia noastră rurală, este gata la datorie.

Dr. Iosif Stoichiţia. **Dr. Ioan Cosma.**

Reorganizarea cancelariei medicului sanitar

de **Dr. I. Săroiu,**
medic al oraşului Diciosânmărtin.

Deodată cu înfiinţarea Institutului Demografic şi Recensământ (1930), actualul Institut de statistică, s'a deschis o epocă nouă pentru studiul mişcării populaţiei, cauzelor deceselor, morbidităţii şi corelaţiunilor dintre ele. Nu mai puţin adevărat, că obligaţiunile medicului sanitar s'au dublat, trebuind să dea cifre exacte şi studiate asupra tuturor problemelor demografice.

Dacă odinioară se puteau strecura erori de date statistice, fie la mişcarea populaţiei, sau la cauza deceselor, sau la mişcarea bolnavilor de boli infecto-contagioase, sau sociale; cauza era a lipsei de centralizare a datelor şi tabelelor imperfecte pe cari le completa medicul de circumscripţie. Insă deodată cu organizarea Institutului central de Statistică, cu introducerea Raportului medic. Nr. 301 şi mai apoi cu Raportul anual (introdus în Reg. Inspectoratului sanitar Sibiu 1935) datele statistice sunt astfel recerute şi rubricele astfel întocmite, încât se controlează una pe alta şi erorile ies în evidenţă.

Incontestabil că nu medicul circ. va informa Ministerul Sănătăţii de mişcarea populaţiei, ci el îşi va lua datele din prelucrarea buletinelor stării civile la Institutul Central de Statistică, dar medicul circ. şi numai el va informa Serviciul Sanitar judeţean, Inspectoratul General Senitar, Institutul Central de Statistică şi pe Minister de mişcarea epidemiilor, a bolilor medico-sociale, igiena industriilor insalubre, vaccinări-imunizări, igienă şcolară şi igienă publică.

Şi după cum cifra mică a natalităţii din Banat şi procentul mare de natalitate din România a deşteptat atenţiunea celor cu răspundere, ca azi să se dea alarma sănătăţii publice; tot astfel numai cifrele tuberculozei, sifilisului, pelagrei, malariei, scarlatinei, exantematicului, etc. vor sensibiliza, ca acolo unde-i procentul mai mare să vină cu precădere în ajutor. Deci pe lângă preocuparea de până acum a medicului de circumscripţie, de-a trata până la suprimare

bolile infecto-contagioase şi a izola, interna sau de-a se resemna în faţa bolilor medico-sociale, mai trebue cu mult devotament să se ocupe de depistarea lor şi în special a bolilor sociale, pentru cari publicul nu şi-a făcut încă educaţia să se anunţe, nici cel puţin unui confrate particular, decum Serviciului sanitar. Toate aceste cazuri trebuesc căutate, anchetate casă de casă şi odată descoperite: catalogate, căci numai cunoscând aproximativ toate cazurile, va putea medicul circumscripţiei aprecia valoarea sanitară a circumscripţiei ce-o conduce şi a distinge progresul ce-l realizează în decursul anilor.

Medicul Sanitar nu trebue să fie persoană de birou, majoritatea timpului trebue să şi-o petreacă „pe teren" în mediul pe care s'a pregătit. Dar totuşi azi mai mult ca odinioară datorită chiar recerinţelor multe de date statistice, suntem nevoiţi ca o bună parte din zi să lucrăm la masă, — ca să prelucrăm materialul cu care ne-am întors încărcaţi din anchete, inspecţii, sau vizite medicale.

La prelucrarea sau înregistrarea materialului „bolnavi" trebue să se ţină seamă de următoarele condiţii:

a) Să se facă cât mai urgent;

b) Să fie trecute toate datele epidemiologice, ce ne vor servi la prelucrări statistice, rapoarte lunare şi anuale;

c) Bolnavul înregistrat să se poată uşor afla;

d) Până la deces, sau vindecare să se poată ţine în continuu în evidenţă cu toate datele şi variaţiunile ce obvin în evoluţia boalei;

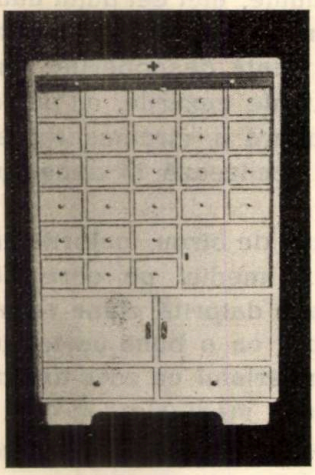
e) La rapoartele statistice lunare sau anuale materialul să fie uşor de prelucrat;

f) Chiar şi după scoaterea din evidenţă, cazul să fie păstrat ca şi retrograd să poată fi studiat.

Pentru toate aceste motive registrele de până acum ce se aflau în cancelaria medicului de circumscripţie nu mai corespund şi anume: 1. Registrul; cazierul sanitar pentru motivele mai sus arătate şi pentru motivul arătat de dl Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia şi Dr. I. Cosma în articolul din „Sibiul Medical" Nr. 10—12 1936, 2. Registrul nominal model R. 2 A. nu conţine şi capitolele de boli epidemice, apoi se cer date clinice prea multe pe rubrici prea mici. La unele boli paginile rezervate se complectează în 1—2 ani, trebuind să deschidem o nouă rubrică pentru acelaş bolnav. Din registrele de mai sus prelucrarea statistică e foarte greoaie, trebuind ca în fiecare an să se reînscrie bolnavi vechi şi noui.

Din aceste motive şi din cele arătate la condiţiile de prelucrarea materialului „bolnavi", găsesc că numai „Fişele" de fiecare boală

în parte, pot satisface recerinţele de azi, de-a informa organele sanitare superioare cu date precise oricând şi de-a răpi minimum de timp medicului de circumscripţie.



In acelaş timp ele ar complecta Cazierul Sanitar propus de dl Dr. Stoichiţia şi Dr. Cosma în „Sibiul Medical", căci cazierul aşa cum e propus ne informează numai cu cifre, dar medicul sanitar trebue să aibă evidenţa nominală a bolnavilor cu toate datele aferente.

Fişa de boală aşa cum am conceput-o are dimensiunea de 19—12½ cm. ca să poată intra în pupitrele dulapului special făcut pentru acest scop.

Pupitrele au un resort, care se poate mări, sau strânge după numărul fişelor, cari să fie ţinute vertical. Dulapul este prevăzut cu un rol care se încuie la baza ultimelor trei pupitre mici.

Pentru bolile epidemice am întocmit o singură fişă, cu următoarele date, pe faţă

No. ..... anul ..... Serv. Sanit. al oraşului Diciosânmărtin

No. registrului .....

FIŞA EPIDEMICĂ

Boala: .....

Numele ..... etatea ..... sexul ..... profesiunea .....

Strada ..... No. .....

Data îmbolnăvirii	Data descoperirii	Declarat de	Date izolării: Spital, domiciliu, infirmerie	Dezinfecţia s'a făcut la domeiliu cu ce, în?	Complicaţiile boalei	Data vindecării	Data morţii	Observaţiuni

iar pe contrapagină pe prima jumătate a fişei am notat: Date epidemiologice (izvorul, caracterul boalei, reacţia de imunitate, vaccinări specifice boalei, înainte de îmbolnăvire; iar pe jumătatea a doua tratamentul urmat.

Considerând marea valoare a vaccinărilor cari zi de zi se adaugă la imunizarea copiilor, este necesar ca fiecare nou născut să-şi aibă fişa sa de vaccinare, în cari vor fi trecute în decursul anilor toate operaţiunile de imunizare şi cari vor fi păstrate la Serviciul sanitar pentru un permanent control şi evidenţă.

Pe prima faţă a fişei am trecut identitatea persoanei de ce boli contagioase a suferit şi referinţe pentru tuberculoză în legătură cu mediul familiar, iar pe contrapagină am trecut toate datele mai importante în legătură cu cele patru feluri de imunizări, cari le facem până acum, fie obligatoriu fie facultativ, lăsând o rubrică liberă pentru vaccinarea ce i s'ar mai introduce, sau pentru antitific-paratific, în cazul că s'ar face.

Vaccinul	Operaţia	Data vaccinării	REACŢIA						Prezent la control		Rezultat vaccin		Motivul din ce nu s'a făcut vaccin. sau revaccin.	Transpus în perioada vilfoare	Imun	Dat în judecată	Observaţiuni
			Dick		Schick		Pirquet										
			·	—	+	—	+	—	da	nu	+	—					
B. C. G.	I.																
	II.																
	III.																
Anti-Variolic	I.																
	II.																
	III.																
Anti-Difterie	I.																
	II.																
	III.																
Anti-Scarlatin	I.																
	II.																
	III.																
	I.																
	II.																
	III.																

Astfel am întocmit fişe cu datele specifice fiecărei boale, sau scopului urmărit ca:

Tuberculoză, malarie, cancer, sifilis, trachom, pelagră, venerice, cretini, alienat, orb, surdo-mut, guşă, alcoolism, prostituate, concubinaj, asistenţă socială şi industrii şi comerţ.

Pe lângă fişe, trebuieşte întocmit şi câte un index registru, sau o simplă coală liniată pentru fiecare boală care va cuprinde numai numărul de ordine şi numele bolnavului, ce ne va servi la căutarea fişelor.

Fişele, registrele index şi dulapul model introduse la serviciile de circumscripţie rurale şi urbane, mai au avantajul de-a unifica aceste servicii în sistemul de activare şi chiar de gândire a medicilor, înzestrând în acelaşi timp toate serviciile cu un dulap sanitar model de acte ce lipseşte complectalmente la cele mai multe servicii, păstrându-se actele în cele mai variate şi indemne locuri.

Notă. Stăm cu plăcere la dispoziţia dlor medici, cari doresc să cunoască mai în amănunt fişele, trimiţându-le modelul de fiecare, la fel şi pentru modul de funcţionare al dulapului şi executării lui.

CHLORO-CALCION

Laboratoires MICHELS — 4 bis, rue du Colonel Moll, PARIS.

O SOLUŢIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIŢĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant DIRECT

Dechlorurant ASSIMILABIL

LITERATURĂ ŞI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEŢII-VECHI Nr 1, BUCUREŞTI 3.

Cadrul Igienei şi Profilaxiei mintale de *Dr. G. Preda, Medic Primar Director Superior, Inspector General Sanitar, Sibiu. Buletinul societăţii de psihologie medicală Sibiu Nr. 3.*

Autorul arată originea denumirei şi totodată organizaţiunile pentru aplicarea practică a Igienei şi Profilaxiei mintale create de autor treptat în Sibiu, încă din 1910 (o societate de ocrotire a alienaţilor şi anormalilor mintali precum şi a familiilor lor, o şcoală medico-pedagogică şi un dispensar neuro-psihiatric).

Noile concepţii asupra Igienei şi Profilaxiei mintale încalcă domeniul altor ştiinţe înrudite şi-i lărgesc cadrul. Dovada o aduc numeroasele şi variatele definiţiuni.

Pentru delimitarea acestui cadru autorul recomandă să se ţină seamă de semnificaţia noţiunilor cuprinse în un important dicţionar de psihologie şi de explicarea lor prin prisma patologiei generale.

Concluziile la care autorul ajunge sunt următoarele:

1. Igiena şi Profilaxia mintală este o ştiinţă neologică cu un cadru propriu având un scop, o metodă şi mijloace de aplicaţie.

Scopul cuprins în definiţie, constă în conservarea sănătăţei mintale a personalităţei individului, a colectivităţei şi a mediului în cadrele evoluţiei lor normale precum şi în luarea măsurilor prin care s'ar putea preveni tot ceiace ar modifica în rău această sănătate mintală. Igiena şi Profilaxia mintală fac parte integral din Igiena generală.

Metoda acestei ştiinţe este de a urmări sănătatea mintală în diferitele etape de desvoltare ale fiinţei umane dela concepţie până la moarte, cercetând influenţele exercitate de mediu asupra personalităţei acestei fiinţe.

Mijloacele de aplicaţie ale igienei mintale formează o problemă de educaţie mintală şi cuprind percepte sufleteşti ce pot menţine şi întări gândirea, sentimentele şi voinţa.

Influenţele exercitate de mediul exterior asupra părţei somatice şi care au un răsunet şi asupra sănătăţei mintale sunt foarte numeroase. Pentru studiul lor autorul se referă la tratatele de igienă generală.

Profilaxia mintală o raportează atât la individ (prin observări, examene de teste, etc.), cât şi la mediu (anchete, depistări, izolări, repartizări etc.). Prin ea se previne individul şi se înlătură în acelaş timp indivizii neadaptabili, bolnavi, etc., adică toţi aceia ce ar compromite sănătatea mediului.

Considerând dispensarul neuro-psihiatric ca un nucleu pentru aplicarea Igienei şi Profilaxiei mintale, autorul descrie modul de organizare şi de funcţionare al unui model de astfel dispensar.

In treacăt atinge problema Igienei şi Profilaxiei mintale a naţiunei arătând că se poate activa după aceleaşi principii adică se poate conserva la această naţiune sănătatea mintală în partea ei înăscută (etnicul sau specificul cu toate tradiţiile, datinele, credinţele) sau dobândite (obiceiuri), precum şi a mediului, adică a naţiunilor în mijlocul cărora trăeşte şi se desvoltă naţiunea respectivă. De această problemă destul de complexă s'ar putea ocupa însă un for superior internaţional (Societatea Naţiunilor).

Considerând pe de o parte experienţa ca o observaţie directă şi activă organizată în vederea scopului determinat şi urmărit sistematic, iar pe de altă parte faptul că în domeniul sufletesc fenomenul nu poate fi provocat după dorinţa noastră, ci trebueşte aşteptat să se producă în împrejurări care-l determină, autorul crede că putem să identificăm în practica Igienei şi Profilaxiei mintale observaţia cu analiza faptelor şi să considerăm această ştiinţă şi ca o ştiinţă experimentală.

2. *Igiena şi Profilaxia* mintală are raporturi strânse cu multe alte ştiinţe. Deşi unii oameni de ştiinţă s'au luat în aprecierile lor după aparenţa superficială

obiectivă a conținuturilor acestor științe și le confundă; și deși Igiena și Profilaxia mintală în aplicarea ei se servește de datele acestor științe; totuși trebue să recunoaștem că și aceste științe se servesc de însușirile date de Igiena și Profilaxia mintală și că nu pot fi deci reductibile unele prin altele. O strânsă înrudire și o interferență, nu pot deci schimba baza și utilitatea vreuneia din ele.

3. In favoarea celor exprimate la punctele de mai sus, stă și faptul că ceeace caracterizează Igiena și Profilaxia mintală ca știință nu este numai materialul de care se folosește (și care poate fi comun tuturor științelor) ci evidența în sine, domeniul propriu de cercetări și perspectiva specifică pe care o deschid faptele de cunoaștere.

4. Evidența prin sine însuși a Igienei și Profilaxiei mintale reiese prin locul ce-l ocupă printre celelalte științe prin preocupările intelectualilor care au creiat numeroase societăți particulare și prin numeroasele și importantele lucrări, a atâtor oameni de știință ce se reunesc în anualele congrese naționale și internaționale.

5. Autoritățile superioare din țara noastră convinse de rezultatele obținute prin organizațiile existente (la care se adaogă și încercările dela Sibiu), și prin ceeace se poate vedea în alte țări, au datoria nu numai să ajute desvoltarea organizațiilor ce le avem, dar să creieze altele noui (după modelul indicat în lucrarea de față) pe care le impun necesitățile Igienei și Profilaxiei mintale pentru un cât mai mare folos și bine obștesc.

Dr. Lungu.

A apărut **„Bulletin de l'academie de Médecin de Roumanie.** II-ème Année Nr. 2, Tome III.

Conține importante comunicări făcute la Academia de Medicină de D. Danielopolu și Stoichiția — Iacobovici u — Minea și T. Dragomir—Moldovan E. Crișan și T. Turcu—Urechea și Retezeanu—Max Emilian—G. Marinescu—Slobozeanu și V. T. Ionescu.

Considerațiuni asupra tratamentului cu Rivanol al Colpitelor cauzate de Trichomonas vaginilas de *Dr. Radu Liviu*, Brașov.

Vaginitele cauzate de Trichomonas vaginalis sunt în majoritatea cazurilor renitente la tratamentele obicinuite. De aceea în cazurile în care dl Dr. Căliman și d-na Dr. Elena Radu dela Laboratorul de Igienă din Brașov mi-au diagnosticat, ca element cauzal al vaginitelor, Trichomonas vaginalis, am aplicat lavagii cu rivanol 1‰ și columnizări cu meșe înbibate cu acest desinfectant. Am obținut o sterilizare a câmpului microscopic după un tratament intensiv de 2 săptămâni, aplicând zilnic spălături vaginale cu rivanol, columnizări și insuflări cu pulbere de rivanol intra uterin și vaginal.

Opt bolnave suferind de această maladie s'au vindecat astfel: După trei zile de tratament au avut deja o senzație de ușurare; senzația de arsuri și leucoreea încetând în mare parte.

După un tratament de 10 zile, au avut o iritație medicamentoasă și un prurit vaginal, care însă, a cedat după un repaus de 2 zile, în care timp am aplicat lavagii cu soluție de nitrat de argint 1/3000.

Rivanolul este un preparat al industriei farmochim. din Leverkusen și se prezintă sub formă de pulbere și tablete de 0,10 gr.; este bine suportat de mucoase și chiar de peritoneu în anumite concentrații; (0,50) 0,50/1000 încât aplicarea lui nu expune pacienta la nici un desavantaj și nici nu am observat fenomene de intoxicație sau intoleranță, mai serioasă. De aceea este recomandabil a se aplica acest tratament în toate cazurile de vaginite renitente, cauzate de trichomonas vaginalis, unde prin acest procedeu, vom obține o vindecare completă.

Dr. Radu.

15 nașteri sub anestezie cu pernocton, de *Dr. Liviu Radu*, Brașov.

Pernoctonul în anestezia generală este situat în fruntea anesteziclor având avantajul de a se elimina încet și de a menține un efect asupra sistemului nervos central de lungă durată, dând o anestezie puternică timp de mai multe ore. Plecat dela această convingere am aplicat pernoctonul în 15 cazuri de nașteri normale constatând următoarele:

Bolnavele nu-și mai manifestau subiectiv senzația de durere în timpul contracțiilor, deși acestea nu s'au rărit cu nimic în cazurile unde am administrat o doză de 2—3 cm. și întrebate — după naștere — după ce și-au revenit complet de sub efectul anesteziculul au afirmat, că nu au mai avut dureri, ca înainte și aproape că nu și-au dat deama de orele de naștere prin care au trecut.

In cazurile unde am administrat o doză mai mare 4—5 cmc., am constatat o încetinire a contracțiilor în timp și în intensitate, fiind nevoit a le administra câte 1 cmc. de Pituitrin, după care contracțiile au revenit la aceeași intensitate. După naștere totul a mers normal: contracția uterului s'a produs bine și nu am semnalat nici un caz de asfixie a fătului, etc.

Cum în acest domeniu încă nu s'a găsit formula nașterii ideale — fără durere — cred că experiențele ce am făcut în acest domeniu, vor fi pentru acest scop — de recomandat — scurtând cel puțin pentru o perioadă de câteva ore chinurile femeii în decursul nașterii, având și marele avantaj de a nu avea înrâurire rea asupra sănătății copilului și al mamei, dacă se administrează rațional și prudent.

Dr. Radu.

Despre tratamentul cu vitamină A în furunculoză de *Prof. Dr. W. Baetzner* (dela clinica chirurgicală a spitalului Robert-Koch Berlin). Zentralblatt für Chirurgie 1937, Nr. 6, Pag. 322

Se confirmă denumirea dată de Drigalski vitaminei A drept vitamină epitelioprotectoare. Vitamina A are o acțiune specială în infecțiunile pielei.

Autorul a administrat pe cale bucală Vogan, sub formă de soluţie oleoasă sau drageuri, în toate stadiile furnuculozei. Rezultatele obţinute au fost excelente, autorul căpătând convingerea că acest preparat este foarte eficace în doze oricât de mici.

Preciziuni asupra dozării nu pot fi încă date. Acţiunea favorabilă asupra pielei nu se exercită numai în cazuri de furunculoze, ci şi în regenerarea plăgilor. Rezultatele au fost însă atât de frapante şi de extraordinare, încât au meritat să fie comunicate.

Spasmoliticul „Eupaco" de *Dr. H. Schnetz* (dela clinica medicală universitară din Graz; Director: Prof. Dr. W. Berger). Medizinische Klinik 1937, Nr. 5, Pag. 165.

Stări spasmodice pure ale musculaturii netede în colici litiazice şi alt fel de colici pot fi ameliorate şi în bună parte chiar înlăturate fără injecţii şi fără narcotice, numai cu Eupaco-tablete sau supozitoare. Se citează trei cazuri. Deasemenea crampe datorite proceselor inflamatorii (cholecistite, pielite, cistite), pot fi influenţate în mod favorabil. Durerile inflamatorii sau prin distensiune nu sunt influenţate. Din această cauză Eupaco are o mare valoare şi în diagnosticul diferenţial al stărilor dureroase abdominale. Durerile în origina cărora predomină elementul spasmodic sunt înlăturate; din contră durerile de origină peritoneală sunt neinfluenţate şi nu pot fi voalate de Eupaco, deoarece acest medicament nu conţine narcotice.

Acţiunea vitaminei C, în diateze hemoragice datorite turburărilor cronice de nutriţie ale sugarilor de *Prof. Dr. K. Choremis* şi *Dr. G. Spiliopulos*. Kinderärztliche Praxis 1936, Fasc. 9, Pag. 400.

Autorii referă despre trei cazuri de diateze hemoragice la sugari provocate de turburări cronice de nutriţie. Prin administrarea intravenoasă de Cebion, hemoragiile cutanate au putut fi combătute cu succes, pe când acelaş medicament a dat greş în administrarea pe cale bucală. Există fără îndoială o legătură între hemoragii şi avitaminozele C, cauzate de turburări de rezorbţie.

Instrucţiuni cu privire la Certificatul de loviri şi răniri.

Primim dela Comitetul executiv al colegiilor medicilor din România adresa Nr. 46 pe care o publicăm împreună cu instrucţiunile şi formularele privitoare la eliberarea certificatelor medico-legale pentru ca medicii sanitari să le ia la cunoştinţă.

Având în vedere prevederile noului cod penal precum şi rolul pe care Colegiul Medical judeţean îl are, în ce priveşte chestiunile de ordin deontologic medical, ne facem o datorie a vă da schematic indicaţiuni de felul cum ar trebui să fie întocmit un certificat medical (pentru diferitele cazuri ce s'ar putea ivi), aceasta cu atât mai mult cu cât certificatul medical, după noua legiuire, capătă o importanţă şi mai mare în acordarea dreptăţii în justiţie şi ca atare, medicul fiind învestit cu o prestanţă deosebită, actele sale urmează să nu aibă greşeli ce l-ar putea scoborî.

Ne facem datoria ca acolo unde este nevoe, să vă dăm şi textul respectiv din codul penal, pentru a se vedea atât gravitatea delictului, cât şi penalităţile ce sunt prevăzute în cod.

Certificatul medical cuprinde:

Preambulul: 1. Numele, pronumele, calitatea medicului, domiciliul, No. adresei cu care a fost invitat de parchet, ziua, ora examinării.

2. Numele, pronumele, vârsta, ocupaţiunea şi domiciliul solicitatorului (d-na, d-ra, tânăr, tânăra, copil, copila) menţionând dacă persoana îi este cunoscută sau nu, în care caz i se va lua impresiunea degetului arătător drept, sau i se va cere carnet de identitate, buletinul biroului de populaţie, toate acestea spre a înlătura vreo fraudă prin substituire de persoane.

3. Obiectul pentru care a fost cerut certificatul (lovire, boală, sănătate, viol, etc.) şi data lovirei, după declaraţia pacientului.

Descrierea va fi cât se poate de precisă, amănunţită, dar pe scurt arătându-se şi cauza care a produs acea leziune sau boală, etc.

Se va descrie amănunţit leziunile numerotându-se cu 1, 2, 3 şi arătându-le forma, mărimea, direcţia, numărul, dispoziţia lor şi localizarea ţinând seama de un punct de reper din apropierea lor.

Dacă sunt sau nu acoperite cu vreun pansament empiric sau antiseptic şi din ce constă el.

Concluziunile:

1. Există sau nu leziuni pe corp? (a se avea în vedere simularea).

2. Cu ce corp au fost făcute? (cuţit, revolver, piatră, etc.) (se socoteală dacă cel rănit spune adevărul).

3. In cât timp se vor vindeca? dacă se bănueşte complicaţiuni se va spune: afară de cazul când nu se vor ivi complicaţiuni sau spre a stabili durata, se va cere ca persoana să mai fie revăzută.

4. De când datează ele? (coincide cu ce spune pacientul?)

5. Dacă are sau nu nevoe de vreun tratament.

6. Dacă poate să-şi vadă de ocupaţie, a părăsi patul, casa, etc.

7. Dacă i-a produs vreo incapacitate profesională, vreo infirmitate, mutilare, sluţire, desfigurare, cecitate, etc.? vezi articolele următoare şi conformează-te lor.

Delictul de lovire:

Art. 470. — Acela care loveşte o persoană, fără a-i cauza vreuna din vătămările arătate în art. 471 şi următoarele, comite delictul de lovire şi se pedepseşte cu închisoare corecţională dela o lună la 2 luni.

Când lovirea a produs *echimoze,* pedeapsa este închisoare corecţională dela o lună la 3 luni.

Delictul de vătămare a integrităţii corporale sau sănătăţii:

Art. 471. — Acela care, în afară de cazurile de mai sus, vatămă în orice mod integritatea corporală şi sănătatea unei persoane, comite delictul de vătămare a integrităţii corporale sau a sănătăţii şi se pedepseşte cu închisoare corecţională dela 2 luni la un an şi amendă dela 2000 la 5000 Lei.

Delictul de vătămare gravă:

Art. 472. — Când vătămarea integrităţii corporale sau a sănătăţii a reclamat îngrijire medicală de cel puţin 10 zile pentru vindecare, se comite delictul de vătămare gravă a integrităţii corporale sau a sănătăţii şi se pedepseşte cu închisoare corecţională dela 6 luni la 2 ani şi amendă dela 3000 la 6000 Lei.

Delictul de vătămare foarte gravă:

Art. 473. — Când vătămarea integrităţii corporale sau a sănătăţii a cauzat victimei o boală de lungă durată ori incurabilă, pierderea unui simţ sau organ, ori a funcţiunii lor, pierderea sau alterarea capacităţii de procreare, o mutilare, sluţire, deformare, desfigurare, avort, boală mintală sau orice infirmitate permanentă fizică sau psihică, constitue delictul de vătămare foarte gravă a integrităţii corporale sau a sănătăţii şi se pedepseşte cu închisoare corecţională dela 3 la 6 ani şi amendă dela 5000 la 10.000 Lei.

Se va încheia certificatul cu: data eliberării şi semnătura care poate fi cerută să fie legalizată de către autorităţi.

Obligaţiile legale: Orice certificat medical afară de cel medico-legal, cerut în penal trebue făcut pe timbrul de 14 Lei de fiecare coală, plus 2 Lei timbrul de aviaţie, plus 2 Lei timbru judiciar la tribunale.

Certificatul netimbrat sau insuficient timbrat şi când nu se achită diferenţa, se amendează cu valoarea îndoită.

Cel ce utilizează cu bună ştiinţă un timbru sau hârtie timbrată care a mai fost întrebuinţată, se pedepseşte dela 500—2000 Lei, sau închisoare dela 15 zile—6 luni.

Deontologia certificatului.

1. Examinarea solicitatorului nu se face decât la cererea lui, iar de e minor sau irresponsabil (nebun) a părinţilor sau a tutorilor legali.

2. In afară de executarea unui mandat expres din partea justiţiei, medicul înfrânge regulele de deontologie medicală, când solicitat de terţi examinează prin surprindere sau cu forţa persoana asupra stărei căreia alţii au interes să obţină un certificat.

3. Se expune şi la o urmărire penală şi civilă pentru *sechestrarea de persoane* sau *violare de domiciliu* şi *violenţă*, după cum examenul a fost făcut în *cabinetul medical*, unde persoana a fost atrasă, sau în *locuinţa acesteia*.

4. Bolnavii din spitale, sanatorii, etc., nu pot fi examinaţi decât cu învoirea directorului sau a medicului tratant, minorii se vor examina în prezenţa părinţilor sau tutorilor.

5. Medicul nu trebue să se lase influenţat de client şi să afirme în certificat ce spune el. Medicul nu trebue să treacă în certificat decât ceea ce a putut constata el însuşi, evitând sugestiunile bolnavului. Dacă însă pentru claritatea expunerii, e nevoe, atunci se pune şi spusele celui interesat, menţionându-se că dl X ne declară că...

6. Spre a fi pus la adăpost de divulgarea secretului profesional sau de răspundere, certificatul se eliberează numai în mâna celui care l-a cerut.

In certificatul de sănătate cerut pentru intrarea copiilor în şcoală, ocuparea vreunui post, etc. se va descrie: există sau nu vreun simptom al vreunei boale acute sau cronice locale sau generale? dacă nu, în concluzie se va zice: starea sănătăţii permite ocuparea postului ce-l solicită sau de a intra în şcoală.

Certificatul de viol şi atentat la pudoare. Delictul de viol:

Art. 419. — Comite delictul de viol şi se pedepseşte cu închisoare corecţională dela 2 la 5 ani şi interdicţie corecţională dela 3 la 5 ani.

1. Bărbatul care, prin violenţă sau ameninţare, constrânge o persoană de orice sex, să aibă cu el raport sexual;

2. Bărbatul care, profitând de starea de inconştienţă a unei persoane de orice sex, sau neputinţa acesteia de a-şi exprima voinţa, ori de a se apăra, are cu ea raport sexual, în afară de căsătorie, indiferent dacă el sau altcineva a produs această stare.

In ambele cazuri, dacă victima este mai mică de 14 ani sau dacă a rămas gravidă ori i s'a transmis vreo boală venerică, pedeapsa este închisoarea corecţională dela 5 la 10 ani şi interdicţia corecţională dela 2 la 5 ani.

Delictul de violenţă contra pudoarei:

Art. 420. — Acela care prin violenţă sau ameninţare, ori profitând de starea arătată la punctul 2 al articolului precedent, săvârşeşte vreun act de inversiune sexuală asupra unei persoane, comite delictul de violenţă contra pudoarei şi se pedepseşte cu închisoare corecţională dela 2 la 5 ani şi interdicţie dela unu la 3 ani, întrucât nu ar constitui o infracţiune mai gravă.

Delictul de atentat la pudoare fără violenţă:

Art. 421. — Bărbatul care are raport sexual cu o fată mai mică de 14 ani comite delictul de atentat la pudoare fără violenţă şi se pedepseşte cu închisoare corecţională dela unu la 3 ani (codul penal vechiu art. 263).

Dacă victima a rămas gravidă sau dacă infractorul i-a transmis vreo boală venerică, pedeapsa este închisoarea corecţională dela 3 la 5 ani şi interdicţia corecţională dela unu la 5 ani.

La descriere se va insista asupra stării generale a persoanei şi a semnelor de violenţă de pe tot corpul şi în special al organelor genitale şi a vecinităţilor. Se va examina petele de spermă, sânge de pe rufe precum şi secreţiunile vaginale la microscop. In

concluzii se va spune: a fost sau nu defiorată şi de cât timp? Examenul se va face întotdeauna în prezenţa unei alte persoane pentru ca medicul să nu fie şantajat.

Se vor nota toate semnele de violenţă, examinându-se victima şi din punct de vedere mintal.

Se va cere şi examinarea atentatorilor din punctul de vedere al vreunei afecţiuni şi stări mintale.

Dacă himenul este din categoria himenelor dilatabile, „complezante" se va menţiona în certificat, că el este *astfel constituit încât poate permite* raportul sexual, fără să se rupă.

Puterea probatorie a certificatului. Acolo unde lipseşte alte dovezi, certificatul are puteri probatorii în justiţie (Curtea de Casaţie).

Sancţiunile.

Când cu voinţă eliberezi un certificat medical prin care ateşti fapte ce nu există sau dacă există le-ai diminuat sau le-ai exagerat, înseamnă că ai eliberat un certificat de complezenţă sau fals. Art. 410 (codul penal).

Delictul de liberare de certificat fals:

Art. 410. — Medicul care eliberează un certificat neadevărat, asupra sănătăţii unei persoane spre a servi la o autoritate sau societate de asigurare comite delictul de liberare de certificat fals şi se pedepseşte cu închisoare corecţională dela 2 luni la un an şi amendă dela 5000 la 10.000 Lei.

Pentru ca delictul să existe trebuesc trei elemente: 1. să existe o falsă descriere a medicului; să fie făcută cu rea voinţă; certificatul să fie dat spre a servi la autorităţi.

Când un martor se serveşte de un certificat medical fals pentru a justifica lipsa dela înfăţişare pentru care a primit citaţii, medicul poate fi imediat arestat, plus amendă şi chiar închisoare.

Medicul nu e scutit de răspundere nici chiar când dovedeşte că nu a luat, nici nu a pretins bani sau invoacă că a fost de bună credinţă, când a eliberat certificatul fără a examina pe solicitator.

Falsificarea şi plăsmuirea certificatului medical.

Cei ce falsifică conţinutul unui certificat (data, diagnosticul, durata, semnătura) sau plăsmueşte un astfel de certificat se pedepseşte conf. art. 406 — cod penal: Acela care modifică un act privat în modurile prevăzute de art. 401 (fie contrafăcând scrierea sau subscrierea, fie alterând un act adevărat în orice mod) şi-l întrebuinţează, etc., comite delictul de fals în acte private şi se pedepseşte cu închisoare corecţională dela 5 luni la 2 ani, amendă dela 2000 la 5000 Lei şi interdicţie corecţională dela 1 la 2 ani.

Formular Tip. Nr. 1.

Model de Certificat medical de loviri şi răniri.

Subsemnatul Dr. X. Y. (calitatea, titlurile), domiciliat în Strada . . . . . No. . . . , certific că examinând azi . . . . . 193 . . . ora . . . în cabinetul nostru (acasă, spital, etc.) pe dl . . . . . de profesiune . . . . . în vârstă de . . ani, domiciliat în . . . . . Str. . . . . No. . . . . ce pretinde a fi fost bătut, am constatat că D-sa prezintă următoarele semne de violenţă:

1. La cap, (sau regiunea interesată) în regiunea parietală stângă, la 3 cm. înainte de creştetul capului (vertex) se găseşte o rană de formă triunghiulară, ce măsoară 4 cm., cu marginile neregulate, sdrenţuite şi echimozate, interesând pielea până la os. Ea este acoperită numai cu făină, care împreună cu părul din jur, ce nu e tuns, formează o crustă de sânge ce s'a scurs şi s'a coagulat.

2. La frunte (sau regiunea interesată), deasupra mijlocului sprinceni drepte, o rană liniară, orizontală dela stânga spre dreapta, lungă de 4 cm. cu marginile depărtate şi regulate, neinflamate, ce interesează pielea până la os şi care este acoperită cu o crustă de sânge coagulat.

3. Pe unghiul maxilarului inferior drept (sau regiunea interesată) se găseşte o altă rană liniară, orizontală, lungă de 2 cm., cu marginile regulate, interesând numai o parte din grosimea pielei şi acoperită de asemenea cu o crustă de sânge.

Câte-şi trele răni nu sunt acoperite cu nici un fel de pansament.

Rănile descrise la No. 2 şi 3 au fost făcute cu un instrument tăietor (cuţit), iar cea dela No. 1 cu un corp contondent (piatră).

Aceste leziuni au nevoe de . . . . zile îngrijiri medicale afară numai dacă nu vor surveni oarecare complicaţiuni, mai ales în ce priveşte rana dela cap, asupra căreia facem rezerve întrucât este ştiut*) că loviturile aplicate pe această regiune şi consistând dintr'o rană, fractură sau o simplă contuziune, pot provoca — uneori lung timp dela traumatismul suferit — turburări care să dea naştere la o moarte subită, la o hemoragie sau ramolisment cerebral, la convulsiuni histero-epileptiforme, sau să fie cauza unor boli mintale.

In tot acest timp pacientul nu va putea ieşi din casă spre a-şi vedea de ocupaţiuni.

Pentru a putea să ne pronunţăm asupra consecinţelor ulterioare ce ar putea să se iveaască, bolnavul este nevoe de a mai fi revăzut.

(Localitatea şi data).

(Semnătura).

*) Numai în cazul traumatismelor pe cap, se va face menţiunea ce urmează.

Formular Tip. Nr. 2.

Formular de model de certificat medical pentru boală.

Subsemnatul . . . . . ., doctor în medicină dela Facultatea din . . . . . , cu domiciliul în . . . . . certific că dl (d-na, d-ra, tânărul, tânăra, copilul, copila) X. Y. în vârstă de . . . . ani de profesiune . . . . . , domiciliat în . . . . . Str. . . . . suferă de . . . . . afecţiune (cronică sau pasageră, accidentală sau congenitală) care necesită (a necesitat) o îngrijire medicală de (atâta timp) şi care-l face (l-a făcut) impropriu de a-şi îndeplini serviciul (de a-şi vedea de ocupaţii) în tot acest interval.

(Localitatea şi data).

Semnătura.

Formular Tip. No. 3.

Raport medico-legal relativ la ridicarea unui cadavru.

Noi, Dr. X. Y. (calitatea, titlurile) pe lângă Tribunalul . . . . . , invitat telefonic (verbal, înscris, telegramă) de către dl Prim Procuror de a ne transporta în Str. . . . . No. . . . . şi de a examina cadavrul lui . . . . . astăzi . . . . . transportându-ne la sus zisa adresă, în urma depunerii jurământului cerut de lege, procedând la examenul acestui cadavru, am constatat următoarele:

Cadavrul se găseşte culcat în pat, cu faţa în sus, îmbrăcat cu cămaşă şi pantaloni de pânză, el aparţine unui bărbat bine constituit şi desvoltat. Căldura corpului e încă conservată, rigiditatea cadaverică nu este declarată, pe părţile declive se văd câteva pete lividе, putrefacţia nu este de loc începută.

Pe suprafaţa corpului şi a membrelor nu există nici un semn de violenţă, ca: răni, sgârieturi, vânătăi, etc., cari să ne explice cauza morţii. De asemenea din aspectul general al cadavrului nu se vede că individul să fi suferit de vreo boală care să explice moartea.

CONCLUZIUNI.

1. Moartea lui X. este reală.
2. Ea poate data dela 2 până la 6 ore.
3. Pe corp şi membre nu are nici un semn de violenţă care să ne explice moartea.
4. Pentru a cunoaşte adevărata cauză a morţii, este necesar de a se face autopsia.

Observaţiuni: In cazul când cadavrul este al unui individ necunoscut se va insista asupra semnelor de identitate.

Când moartea a venit în urma spânzurării, strangulării, sufocării, înecării, otrăvirii, etc., vom insista asupra semnelor caracteristice ale acestor feluri de morţi.

Când moartea s'a produs în urma vreunor răni se insistă asupra descrierii lor şi răspundem că, moartea a fost violentă.

Formular Tip. Nr. 4.

Atentat la pudoare.

Subsemnatul . . . . . invitat de dl . . . . . în ziua de . . . . . .

A) EXAMENUL VICTIMEI.

Numele şi pronumele . . . . . Etatea . . . . . naţionalitatea . . . . . Religiunea . . . . . Profesiunea . . . . . Gradul de cultură . . . . . Domiciliul . . . . . De cine era însoţită la examen . . . . . Profesiunea şi domiciliul părinţilor . . . . . Starea fizică . . . . . Maladii anterioare . . . . . Starea mintală . . . . . Istoricul faptului . . . . . .

(Se vor complecta pe cât de amănunţit posibil datele menţionate).

Examenul leziunilor de pe corp . . . . . Examenul organelor genitale. Menstruaţia . . . . . Desvoltarea şi conformaţia . . . . Pubisul . . . . . Buzele mari . . . . . Buzele mici . . . . . Clitorisul . . . . . Uretra . . . . . Himenul, forma şi orificiul, consistenţa . . . . . .

Dacă se poate, se va face o schemă, arătându-se forma himenului şi notându-se cu roşu, locul rupturei. Dacă nu, se va face tot schematic, un cadran, pe care se va însemna locul rupturei, cu menţiunea că se găseşte la anumită cifră (1—12), ca pe un ceasornic.

Furculiţa . . . . . Fosa naviculară . . . . . Orificiul anal . . . . Ganglionii inghinali . . . . . Examenul scurgerii . . . . . Examenul rufelor . . . . . Concluziuni . . . . . .

EXAMENUL INCULPATULUI

Numele şi pronumele . . . . . Etatea . . . . . Naţionalitatea . . . . . Religia . . . . . Profesiunea . . . . . Starea civilă . . . . . Domiciliul . . . . . Gradul de cultură . . . . . Starea mintală . . . . . Ce leziuni are . . . . . Examenul organelor genitale . . . . . Conformaţia şi desvoltarea lor . . . . Membrul . . . . Testiculele . . . . . Examenul scurgerii . . . . . Concluziuni . . . . .

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor Filiala Sibiu.

A) Conferinţe:

Asociaţia Generală a Medicilor şi Colegiul Medicilor Filiala Sibiu, a ţinut şedinţă plenară în ziua de 17 Martie 1937.

In această şedinţă dl Dr. Stoenescu *şi* Dr. Gh. Preda, *prezintă 5 cazuri de bolnavi cu tulburări parkinsoniene post encefalitice;*

Dl Dr. Matinca, *face o comunicare asupra guşei în legătură cu un caz operat;*

D-nii Dr. Iosif Simion *şi* Baca Emil *prezintă cazuri de adenom toxic operat şi guşe retro-sternală operată.*

La discuţia cazurilor prezentate au luat cuvântul domnii:

Dr. Gh. Preda, Dr. M. Căpitanovici, Dr. O. Filipescu, Dr. Cupcea şi Dr. Stoichiţia.

La şcoala superioară ţărănească *au ţinut prelegeri d-nii:*

Dr. Liviu Ionaşiu, două conferinţe;
Dr. I. Cosma, trei conferinţe şi
Dr. C. Lungu, două conferinţe.

In cadrele „Astrei" au ţinut conferinţe:

In 25 Martie 1937, Dr. Lungu în comuna Roşia despre mortalitatea infantilă.

In 28 Martie 1937, în comuna Mohu, Dr. I. Stoichiţia despre „Astra" şi sănătatea publică.

In 4 Aprilie 1937, în comuna Bungard, Dr. Lungu despre mortalitatea infantilă.

B) Activitatea medico-socială.

Echipa de medici compusă din:

Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. L. Ionaşiu, Dr. Gh. Păcurariu, Dr. Petrescu, Dr. Roşca, Dr. C. Banu, Dr. Löwy şi D-şoara revizoare M. Manta au continuat şi terminat ancheta şcolară din comuna Ocna-Sibiului în 8 Aprilie 1937, examinând 87 de elevi.

In zilele de 31 Martie; 1, 2, 3 şi 10 Aprilie 1937, s'a făcut examenul radiologic al elevilor dela Şcoala primară din Răşinari.

Vizita Domnului Ministru Dr. I. Costinescu la Făgăraş şi Sibiu.

Sâmbătă în 17 Aprilie 1937 a sosit la Făgăraş Domnul Ministru al Sănătăţii Dr. I. Costinescu pentru a inspecta instituţiile şi serviciile sanitare din acest judeţ.

Domnul Ministru Dr. I. Costinescu a fost întâmpinat în gara din Făgăraş de către dl Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia; Prefectul judeţului Dr. Bârsan; medic primar judeţean Dr. I. Giurca; medic primar al spitalului de Stat din Făgăraş Dr. Gheorghe Cornea, etc. Domnul Ministru Dr. Costinescu a inspectat mai întâi spitalul de Stat din Făgăraş şi sanatoriul de tuberculoşi, nou construit, lângă acest spital. A luat măsuri pentru înzestrarea şi punerea în funcţiune a sanatorului şi a aprobat lucrările necesare pentru construirea unei morge, precum şi o serie de reparaţii la clădirea veche a spitalului.

Domnul Ministru Dr. Costinescu a vizitat apoi dispensarele medicale, nou construite, din Voila, Viştea de jos şi Armaşul de jos, luând măsuri pentru terminarea şi înzestrarea lor. D-sa a aprobat cu această ocaziune, ca pe lângă fiecare dispensar să se construiască şi câte o baie populară care să fie pusă în funcţiune deodată cu dispensarele medicale. Domnul Ministru Dr. I. Costinescu a aprobat cu această ocaziune planul de reorganizare a serviciului întocmit de Domnul Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia. După acest plan, serviciul sanitar al judeţului Făgăraş, se va organiza în conformitate cu proiectul lucrat de D-sa şi aprobat de către Marele Consiliu al Asociaţiei Generale a Medicilor în şedinţele din 28 şi 29 Noemvrie 1936.

După masă la ora 13 Domnul Ministru Dr. I. Costinescu însoţit de dl Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia a sosit la Sibiu unde au fost întâmpinaţi de dl Prefect al judeţului Dr. N. Regman; Inspector General Sanitar Dr. Preda; medic primar director Dr. Filipescu, medic primar director Dr. L. Ionaşiu şi medic primar judeţean Dr. I. Cosma.

După o conferinţă asupra situaţiei instituţiilor şi serviciilor sanitare din Sibiu; Domnul Ministru Dr. I. Costinescu a plecat într'o excursiune la Păltiniş însoţit fiind de dl Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia, Prefect Dr. N. Regman, Docent Dr. O. Filipescu şi Dr. I. Cosma.

Duminică în 18 Aprilie 1937, Domnul Ministru Dr. I. Costinescu a vizitat aşezământul de ocrotire Vatra Copiilor din Orlat, exprimându-şi satisfacţia de felul cum este condusă această instituţie de către d-na Directoare Letiţia Dr. Miron. Domnul Ministru Costinescu a aprobat construirea unui etaj nou pentru dormitoarele ocrotitelor din acest aşezământ şi înfiinţarea unei şcoli industriale în interiorul instituţiei.

A vizitat apoi Casa de sănătate din comuna Orlat ridicată din iniţiativa Domnului Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia şi medic primar Dr. I. Cosma, cu sprijinul Prefecturei de judeţ şi a primăriei comunale. Domnul Ministru Dr. I. Costinescu a rămas foarte mulţumit de această realizare şi a aprobat construirea unei băi populare pentru completarea dispensarului.

A vizitat apoi Cooperativa sanitară din comuna Gârbova şi Casa culturală şi de sănătate din această comună, aprobând o importantă subvenţie din partea Ministerului pentru terminarea ei.

In continuare Domnul Ministru Dr. I. Costinescu a vizitat lucrările de drenare şi canalizare a regiunei împăludate dintre comunele Doştat, Boz, Draşov şi Cunţa, dând îndrumările necesare pentru continuarea lucrărilor şi aprobând sumele necesare pentru terminarea lor.

A vizitat apoi lucrările de drenare ale unui alt afluent al râului Secaş de lângă comuna Roşia de Secaş din judeţul Târnava Mică A dat şi aici îndrumările necesare pentru desăvârşirea lucrării şi a aprobat subvenţia cuvenită pentru terminarea acestor lucrări.

Cu trenul de 9,20 seara, Domnul Ministru Dr. I. Costinescu s'a reîntors la Bucureşti.

Dela Societatea de Psihologie Medicală, Sibiu. *Societatea de Psihologie Medicală, Sibiu, a ţinut, sub prezidenţia dlui Insp. Gen. Dr. G. Preda, următoarele şedinţe ştiinţifice:*

10 III. 1937. *Dr. L. Bologa: „Evoluţia unui copil (interpretarea unui jurnal)", conferinţă.*

17 III. 1937. *S. Cupcea: „Higiena mintală după Clara Basset" conferinţă.*

9 IV. 1937. *Dr. G. Preda: „Cadrul higienei şi profilaxiei mintale" conferinţă.*

Noui măsuri pentru îngrijirea bolnavilor tuberculoşi. *De curând s'a promulgat legea pentru complectarea dispoziţiilor legii sanitare din 1926, privitoare la tuberculoză, prevăzând asigurarea obligatorie pentru*

această boală a tuturor lucrătorilor şi drepturi de concedii îndelungate pentru funcţionarii atinşi de tuberculoză.

Chestiunea având o deosebită importanţă, reproducem mai departe textul legii întocmită de dl Dr. I. Costinescu, *ministrul sănătăţii publice care a realizat astfel o admirabilă operă sanitară şi socială.*

Art. unic. — *Se adaugă la art. 87 al dispoziţiilor legii sanitare din 1926, privitoare la tuberculoză următoarele:*

a) *Salariaţii din serviciul Statului, Caselor autonome, judeţelor şi comunelor care după cel puţin un an dela intrarea în serviciu sunt constataţi bolnavi de tuberculoză, au dreptul la un concediu de 3 ani cu salarul întreg; acest concediu se va prelungi cu încă doi ani cu salarul jumătate. Cuantumul sumei plătită funcţionarului nu va putea depăşi 10.000 Lei lunar.*

In tot timpul concediului funcţionarii bolnavi vor fi internaţi în mod obligatoriu în contul salarului lor lunar, într'unul din sanatoriile puse sub controlul Ligii pentru combaterea tuberculozei. Salariatul care refuză a fi internat în sanatoriul ce i se va indica de către Liga pentru combaterea tuberculozei, pierde beneficiile acordate prin prezenta lege şi e pasibil de aplicarea art. 23 din statutul funcţionarilor publici.

Concediile se vor acorda pe câte 6 luni şi se vor reînoi pe bază de constatare medicală până la maximum prevăzut mai sus.

Bolnavii nu vor putea fi reprimiţi în serviciu decât numai în urma unei examinări prin care să se constate inactivitatea leziunilor şi că nu mai prezintă nici o primejdie de contagiune;

b) *Asiguraţii constataţi bolnavi de tuberculoză, ce intră în cadrul legilor de asigurări sociale de orice fel, vor fi internaţi şi întreţinuţi pe socoteala instituţiei respective timp de maximum 3 ani într'unul din sanatoriile puse sub controlul Ligii pentru combaterea tuberculozei sau într'un aşezământ similar, pendinte de acea instituţie.*

Pentru acoperirea sarcinii cu întreţinerea în sanatorii a asiguraţilor, Casa Centrală a Asigurărilor Sociale va percepe dela fiecare membru asigurat o cotizaţie specială de 2 Lei săptămânal, suportată în părţi egale de patron şi salariat.

Asiguraţii al cărui salar zilnic depăşeşte suma de Lei 100, vor cotiza 4 lei săptămânal, cotizaţie suportată de asemenea în părţi egale de patron şi salariat.

In această asigurare contra tuberculozei se vor include şi salariaţii ce depăşesc ca salar zilnic 200 Lei salariaţi ce vor fi obligaţi însă a cotiza cu 6 Lei săptămânal din care 50% de patron şi 50% de salariat.

Meseriaşii patroni şi comercianţii patroni vor contribui, pentru îngrijirea lor, cu o cotizaţie fixă de 2 Lei săptămânal.

Toate aceste contribuţii vor alcătui un fond special destinat numai pentru îngrijirea tuberculoşilor şi vor fi întrebuinţate după un program stabilit de comun acord cu Liga contra tuberculozei şi în special pentru internările ce se vor face în sanatoriile de tuberculoză puse sub controlul şi directivele Ligii.

Acest fond special se va depune la Banca Naţională.

Pentru desvoltarea dispoziţiunilor din prezenta lege, Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, precum şi Casa Centrală a Asigurărilor Sociale, pentru asiguraţii săi, vor întocmi un regulament de punerea în aplicare a prezentei legi, de acord cu Liga contra tuberculozei.

Al II-lea Curs practic de reîmprospătare şi de tehnică operatorie Oto-Rino-Laringologică *ţinut de profesorul* Buzoianu *şi colaboratorii, pentru medicii practicieni între 14 Iunie şi 21 Iunie 1937 inclusiv la clinica O. R. L. din Cluj.*

PROGRAM:

Luni 14 Iunie, ora 5: *Examenul clinic al unei surdităţi: acumetria Surditatea de transmisiune, de recepţiune, mixtă. Inciziunea timpanului (paracenteza, timpanotomia) indicaţii, tehnică, urmări imediate şi tardive.*

Marţi 15 Iunie, ora 5: *Mastoidetele acute — semiologie — demonstraţiuni clinice — indicaţii operatorii (reacţia mastoidiană şi mastoidita adevărată). Şedinţă operatorie (trepanarea mastoidei (antrotomia, antrocelulotomia, antrocelulotomia maximă — îngrijiri postoperatorii.*

Miercuri 16 Iunie, ora 5: *Otitele supurate cronice — otoreea tubară — semiologie (granulaţii, polipi, colesteatomul, osteita casei) tratament medicamentos, — indicaţii operatorii cu demonstraţie tehnică — evidarea petromastoidiană.*

Joi 17 Iunie, ora 5: *Complicaţiile endocraniene ale otitelor — tromboflebita sinusului lateral venos, meningita, abcesele encefalice. — Indicaţii de tratament şi tehnică. Amigdalectomia totală extracapsulară, tehnica — demonstraţiuni operatorii.*

Vineri 18 Iunie, ora 5: *Examenul aparatului vestibular în afecţiunile labirintice. Examenul simptomelor spontane (nistagmus, deviaţiile segmentare) examenul simptomelor provocate (proba calorică, proba rotatorie).*

Sâmbătă 19 Iunie, ora 5: *Deviaţia septului nasal — semiologie — indicaţii operatorii, demonstraţie — tehnică operatorie. Hipertrofia cozilor cornetelor, demonstraţie tehnică operatorie. Flegmoanele periamigdaliene; şedinţă operatorie cu demonstraţie tehnică de deschidere a flegmoanelor periamigdaliene.*

Duminecă 20 Iunie, ora 5: *Vegetaţiile adenoide în practica medicală — semiologie — tuşeu nasofaringian — rino-faringoscopie superioară, şe-*

dință operatorie cu demonstrație tehnică, ablația vegetațiilor adenoide, — îngrijiri postoperatorii.

Luni 21 Iunie, ora 5: Cancerul laringelui. Laringectomia. Sinuzita supurată maxilară, diagnostic, tratament, operația radicală vestibulo-bucală tip Denker.

In limita cazurilor clinice se vor putea demonstra eventual tracheotomiile, laringotomiile, anesteziile cervicale paravertebrale, anestezia maxilarului superior, a nervilor etmoidali, a ganglionului lui Gasser, — esofagoscopia și tracheo-bronchoscopia. Dreptul la participare 1500 Lei.

Inscripțiile se primesc la clinica O. R. L. din Cluj.

Un laureat român al Academiei de medicină din Paris. *Academia de medicină din Paris a acordat premiul Boullard (1800 frs.) doctorului* Florian Ulmeanu *pentru lucrarea: „Effort volontaire et chronaxie".*

D-sa este un distins elev al Facultății de medicină din București și actualmente asistent al Institutului superior de Educație fizică. Lucrarea premiată a fost făcută sub conducerea profesorilor Lapique *și* Laugier *dela Facultatea de științe din Paris.*

Congrese. *In decursul lunei Iulie între 24—31, se va ține la Paris „Primul Congres Internațional de Psihiatrie infantilă".*

Comitetul de onoare Român, este format din: Prof. V. Ghidionescu, Cluj, Prof. Dr. Ionescu Siseşti, Prof. Dr. Parhon, Prof. Dr. Paulian, București, Dr. G. Preda, Sibiu, Prof. Ștefănescu Goangă, Cluj și Prof. Dr. Ureche, Cluj.

Din partea României vor prezenta rapoarte asupra „Debilitatea mintală drept cauză de delincvență infantilă și juvenilă", dnii Prof. Stefănescu Goangă, Dr. G. Preda, Sibiu și S. Cupcea.

Asupra „Reflexelor Condiționale în Psihiatria Infantilă" va ține un raport dl Prof. Dr. Ionescu Siseşti.

Al patrulea Congres național de tuberculoză. *Al patrulea congres național de tuberculoză se va ține în cursul lunei Iunie 1938 la Cernăuți, la ordinea zilei fiind următoarele rapoarte:* Tuberculoza în România. *— Tuberculoza în mediul rural. Raportori: Prof. M. Ciucă (București), Prof. I. Bălteanu (Iași), Dr. M. Nasta (București);* Chestiune militară. *— Tuberculoza în armată și depistarea ei. Raportoni: G-ral Dr. C. Iliescu, col. Dr. I. Bălănescu, căp. Dr. I. Caspar;* Chestiune clinică. *— Turburările metabolismului în tuberculoză și metodele terapeutice menite să le influențeze. Raportor: Prof. Gh. Popoviciu (Cluj);* Chestiune chirurgicală. *— Tuberculoza laringelui. Raportor: Dr. I. Țețu (București);* Chestiune socială. *— Rolul infirmierei vizitatoare în lupta antituberculoasă. Raportor: D-na Castriș (Iași).*

Pentru informațiuni a se adresa d-lui Dr. M. Nasta la Institutul de seruri și vacinuri „Dr. I. Cantacuzino", Splaiul Independenței 103, București.

Congresul internațional de oto-rino-laringologie al țărilor latine. *Intre 16 și 19 Septemvrie 1937, va avea loc, la București,* al IV-lea Congres internațional de o. r. l. al țărilor latine, *sub președinția dlui Prof.* Dr. N. Mețianu.

Raportul principal al Congresului îl constitue: „Indicațiile operatorii în otomastoiditele acute și cronice".

Comunicările se vor face în legătură numai cu acest subiect.

In cadrul congresului, își va ține adunarea generală și Soc. de broncho-esofagoscopie a țărilor latine, unde se pot face rapoarte și comunicări din domeniul acestei specialități.

Tot atunci, va avea loc adunarea generală a Societății române o. r. l., în cursul căreia se pot face comunicări din toate domeniile specialității.

Pentru organizarea Congresului, s'a constituit un comitet național de organizare în frunte cu dl Prof. Dr. Mețianu *și compus din d-nii: Dr. Orescu, Brătescu, Negulescu, Dumitiru-Borca, Mayersohn, Seligman, Țețu, Tempea, Nandriș Racoveanu, Andreescu, Borș, Lăzeanu și Popian.*

Informații se pot cere dela Dr. I. Țețu, *str. Dionisie 50, telefon 2.03.42, București.*

Al VI-lea Congres Francez de gynecologie. *Cel de al 6-lea congres francez de gynecologie, se va ține anul acesta la Toulouse, dela 15 la 18 Mai a. c., sub presidența de onoare a dlui profesor doctor* C. Daniel, *directorul clinicei gynecologice dela spitalul Colțea, membru corespondent al Academiei de medicină din Paris. Președinte activ este profesorul* Mériel *(Toulouse), iar secretar general, dl* Maurice Fabre *(Paris).*

Chestiunea la ordinea zilei este „Cancerul colului uterin", care va da loc la interesante desbateri.

Următoarele rapoarte vor fi prezentate sub îngrijirea prof. Ducuing *(Toulouse) raportor general:*

1. Câteva noțiuni etiologice și anatomo-patologice asupra cancerului colului uterin. Raportor: Xavier Bender *(Paris).*

2. Depistaj și diagnostic al cancerului colului uterin. Raportori: prof. Max Aron *(Strasbourg),* Hamant *și* Chalnot *(Nancy).*

3. Răsunetul cancerului colului uterin netratat asupra aparatului urinar. Raportori: prof. Chauvin *(Marseille),* Maxime Leroy *(Paris) și* Giscard *(Toulouse).*

4. Tratamentul chirurgical al cancerului colului în afară de gestațiune. Raportori: Louis Michon *(Lyon) și* R. Dieulafé *(Toulouse).*

5. Tratamentul cancerului colului prin radioterapie (radium şi raze X). Electrocoagularea. Raportori: P. Lehmann *(Paris) şi* Marques *(Toulouse).*

6. Complicaţiunile tratamentului cancerului colului prin radioterapie. Raportor: prof. Ducuing *(Toulouse).*

7. Cancerul colului restant. Raportori: Lefebre *şi* Gouzi *(Toulouse).*

8. Recidivele şi metastazele în cancerul colului. Raportori: R. Dieulafé *(Toulouse) şi* Curtillet *(Alger).*

9. Tratamentul cancerului colului în cursul gestaţiunei. Raportori: prof. Paucot *(Lille) şi prof.* Guilhem *(Toulouse).*

Vor urma prezentări de filme şi instrumente chirurgicale.

Un comitet sub preşidenţia profesorului Leon Dieulafé *(Toulouse) a organizat totul pentru ca congresul sa aibă cât mai mult succes şi congresiştii să fie cât mai bine primiţi.*

Participanţii români (medici şi soţiile lor) se consideră ca invitaţi ai congresului, având inscripţiunea gratuită. (Pentru membrii congresului străini această inscripţiune este de 150 fr. fr.).

Agenţia Duchemin-Exprinter (26, avenue de l'Opéra, Paris (1) asigură încuartiruirea congresiştilor în hoteluri de prim rang, la cari s'au obţinut preţuri reduse speciale.

Pe de altă parte importante reduceri de transport au fost acordate de căile ferate române, italiene şi franceze, ca şi de către companiile de navigaţie. In ziua de 18 Mai, comitetul de organizare oferă o excursiune gratuită cu autocarele în pitoreasca regiune le Comminges, din sudul Franţei. Vor avea loc de asemeni diverse recepţiuni, vizite la principalele instituţiuni spitaliceşti, o mare expoziţie de produse farmaceutice şi instrumente chirurgicale, precum şi alte excursiuni (Lourdes, Pirinei, etc.).

Pentru informaţiuni complimentare, d-nii medici sunt rugaţi să se adreseze la clinica gynecologică, spitalul Colţea, (la dl Dr. Mircea Ionescu).

Zilele medicale internaţionale dela Paris. *Dela 26—30 Iunie 1937, vor avea loc la Paris* zilele medicale internaţionale, *sub patronajul Revistei Medicale franceze, sub preşedenţia dlui profesor* Paul Carnot.

In ziua de 26 Iunie vor avea loc conferinţe generale introductive asupra Regulaţiunilor neuro-hormonale în general şi în clinica medicală şi chirurgicală.

La 27, 28, 29 şi 30 dimineaţa, vor avea şedinţe în spital, după amiezile lucrări pe secţiuni asupra:

a) *Regulaţiunilor hipofizare;* b) *Regulaţiunilor genitale;* c) *Regulaţiuni supra-renale, seriale, cardio-vasculare;* d) *Regulaţiuni tiroidiene, paratiroidiene etc.;* e) *Regulaţiuni pancreatice, sanguine;* f) *Regulaţiuni hepatice digestive;* g) *Regulaţiuni splenice.*

Miercuri 30 Iunie, vor avea loc conferinţe generale, asupra hormonilor sintetici; hormonii şi vitaminele în biologie, în clinică: hormonii vegetali; hormonii şi principiile cancerigenne.

Concluziuni practice în clinică, în terapeutică.

Concursul pentru medicii şefi de laborator. *Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în ziua de Miercuri 5 Mai 1937, la ora 9 dimineaţa, va începe în Iaşi, Epitropia Spitalului Sf. Spiridon, concurs pentru medici de laborator.*

Au dreptul să se prezinte la acest concurs toţi cei ce îndeplinesc condiţiunile art. 7 din regulamentul pentru recrutarea medicilor şefi de laborator, chimiştilor şefi şi a farmaciştilor şefi publicat în Monitorul Oficial cu Nr. 257 din 4 Noemvrie 1936, partea I-a şi anume:

a) *Să fie cetăţean român;*

b) *Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;*

c) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcţionarilor statului sau exclus temporar în momentul cererei, sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute de legea sanitară;*

d) *Să nu fie destituit din alte funcţiuni publice sau căzut în vreuna din pedepsele cari după legile privitoare la funcţionarii publici le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni:*

e) *Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării;*

f) *Diploma de doctor în medicină şi Monitorul cu libera practică în ţară;*

g) *Diploma de specializare în corformitate cu legea învăţământului superior sau un certificat doveditor că a funcţionat efectiv 5 ani ca preparator sau trei ani ca asistent într'un laborator universitar de specialitate, laborator al unei clinici sau în secţiunile de bacteriologie ale institutelor de ştiinţă aplicată ale Ministerului Sănătăţii.*

Concursul constă din următoarele probe:

1. *O probă de titluri, lucrări şi activitate în serviciu.*

2. *O probă scrisă de bacteriologie generală sau specială, igienă şi medicină internă preventivă în legătură cu aplicaţiunile de laborator.*

3. *Probe practice de laborator:*

a) *O probă practică de bacteriologie;*

b) *O probă practică de serologie;*

c) *O probă practică constând din o metodă de control bacteriologic (apă, conserve alimentare, aparate de desinfecţie, desinfectante, etc.), acordându-se timpul necesar metodei;*

d) *O probă de anatomie patologică macro şi microscopică.*

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii, cererile lor însoţite de acte şi taxa de 2000 Lei, cu cel puţin 15 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Locuri vacante de medici suplinitori. *Asociaţia generală a medicilor este solicitată deseori de colegi cari au nevoe de înlocuitori în serviciile ce ocupă, pentru una sau mai multe luni.*

Pentru a putea să răspundă acestor cereri, Asociaţia roagă pe medicii tineri cari ar dori să ocupe temporar astfel de locuri, să se înscrie la Biroul Asociaţiei (str. Izvor 16) Bucureşti.

Locuri de medici vacante la ministerul sănătăţii. *Medic circ. Benic, jud. Alba; medic circ. Teiuş, jud. Alba; medic dentist la ambulatorul policlinic din Oradia; medic circ. Brăticeni, jud. Argeş; medic ginecolog ambulatorul policlinic din Braşov; medic circ. Cârpeşti, jud. Cahul; medic circ. Vlădeni, jud. Iaşi; medic circ. şi spit. Bivolari, jud. Iaşi; medic circ. Vânători, jud. Lăpuşna; medic circ. Sanatoriul T. D. C. Greci, jud. Olt; medic circ. al Secţiei de medicină internă dela spit. Orhei; medic circ. Negreni, jud. Olt; medic spit. Vidra, jud. Putna; medic circ. Băluşeşti, jud. Roman; medic primar al secţiei medicale dela spit. din Turnu-Măgurele; medic circ. Dubrovăţ, jud. Vaslui; medic circ. Surăneşti, jud. Vaslui; medic primar neurolog la spit. central Arad; medic circ. Rădăşeni, (Baia); medic circ. şi spit. Stolniceni (Bălţi); medic circ. Sapoca (Buzău); medic circ. Independenţa, (Covurlui); medic spital Divizia, (Cetatea-Albă); medic circ. Tătărani, (Dâmboviţa); medic circ. Rojişte, (Dolj); medic spit. Gurbăneşti, (Ilfov); medic primar jud. Neamţ.*

Medic primar jud. Cernăuţi.
Medic primar jud. Olt.
Medic circ. urbană Arad.
Medic circ. urbană Bârlad.
Medic dispensarul venerian, str. Maşina de Pâine Nr. 47, Bucureşti.
Medic la dispensarul venerian, str. Sultzer Nr. 22, Bucureşti.
Medic la dispensarul pentru controlul prostituţiei, Bucureşti.
Medic primar la spitalul de copii „Staroschi", Oradea.
Două posturi de medici de circ. urbană Bucureşti.
Medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul Focşani.
Medic circ. Almaşul-Mare, jud. Alba.
Medic circ. Căiuţi, jud. Bacău.
Medic circ. Romanu, jud. Brăila.
Medic circ. Cislău, jud. Buzău.
Medic circ. Isibei, jud. Caliacra.

Medic circ. Tuzla, jud. Constanța.
Medic circ. Vama, jud. Câmpulung.
Medic spital mixt Alexandreni, jud. Cetatea-Albă.
Medic circ. Horbova, jud. Dorohoi,
Medic circ. Ibănești, jud. Dorohoi.
Medic circ. Slimnic, jud. Dolj.
Medic circ. Acandânlar, jud. Durostor.
Medic circ. Bunești, jud. Fălciu.
Medic circ. Păhnești, jud. Fălciu.
Medic circ. Călnic, jud. Gorj.
Medic circ. Albeni, jud. Gorj.
Medic circ. Iași, jud. Gorj,
Medic circ. Hondol, jud. Hunedoara.
Medic circ. Demsuș, jud. Hunedoara.
Medic circ. Dămieni, jud. Mureș.
Medic circ. Căpușul de Câmpie, jud. Mureș.
Medic circ. Sărmaș, jud. Mureș.
Medic circ. Almăjel, jud. Mehedinți.
Medic circ. Broscari, jud. Mehedinți.
Medic circ. Izvorul, jud. Olt.
Medic circ. Balotești, jud. Putna.
Medic circ. Năruja, jud. Putna.
Medic circ. Tăriceni, jud. Prahova.
Medic circ. Bobicești, jud. Romanați.
Medic circ. Traian, jud. Romanați.
Medic circ. Domnița, jud. R.-Sărat.
Medic circ. Porcești, jud. Roman.
Medic circ. Sic, jud. Someș.
Medic circ. Ludoș II, jud. Turda.
Medic circ. Baia de Arieș, jud. Turda.
Medic circ. Ermoclia, jud. Tighina.
Medicul circ. Manzâr, jud. Tighina.
Medicul circ. Dumești, jud. Vaslui.

D-nii medici care îndeplinesc condițiunile legale de a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în termen de 30 zile dela inserarea prezentei publicații în Monitorul Oficial.

Mișcare în corpul medical. *In conformitate cu dispozițiunile art. 68 din legea de organizare a Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirile Sociale, se fac următoarele confirmări definitive de medici sanitari stagiari, în*

urma examenului de capacitate ce au depus conform legii, în posturile și la datele fixate în dreptul fiecăruia și anume:

Dl Dr. Berariu Ion, la circ. urbană Brașov, pe ziua de 1 I. 1934.

Dl Dr. Ciuruga Eugen, la circ. Laslea Mare-Târnava Mare, pe ziua de 1 VI. 1935.

Dl Dr. Ciocan Avram, la circ. Valea ungă-Târnava Mică, pe ziua de 15 VI. 1935.

Dl Dr. Cornel Avram, la circ. Deda-Mureș, pe ziua de 15 VIII. 1935.

Dl Dr. Dragomir Nicolae, la circ. Vințul de jos-Alba, pe ziua de 15 X. 1935.

Dl Dr. Györfy Béla, la circ. Tălișoara-Odorhei, pe ziua de 1 VI. 1935.

Dl Dr. Ienei Carol, la circ. Abrud-Alba, pe ziua de 15 X. 1935.

Dl Dr. Ioil Avram, la circ. Roșia Montană-Alba, pe ziua de 1 IX. 1935.

Dl Dr. Kelner Heinrich, la circ. Roșia de Secaș-Târnava Mică, pe ziua de 1 VII. 1935.

Dl Dr. Neagoe Victor, la circ. Voila-Făgăraș, pe ziua de 15 VI. 1935.

Dl Dr. Orășteanu Iacob, la circ. Vișlea-de-jos, Făgăraș, pe ziua de 15 VI. 1935.

Dl Dr. Oprean Octavian, la circ. Doștat-Sibiu, pe ziua de 1 VII. 1935.

Dl Dr. Pop Iuliu, la circ. Sumuleu-Ciuc, pe ziua de 15 IX. 1935.

Dl Dr. Radu Aurel, la circ. Aiud jud. Alba, pe ziua de 15 IX. 1932.

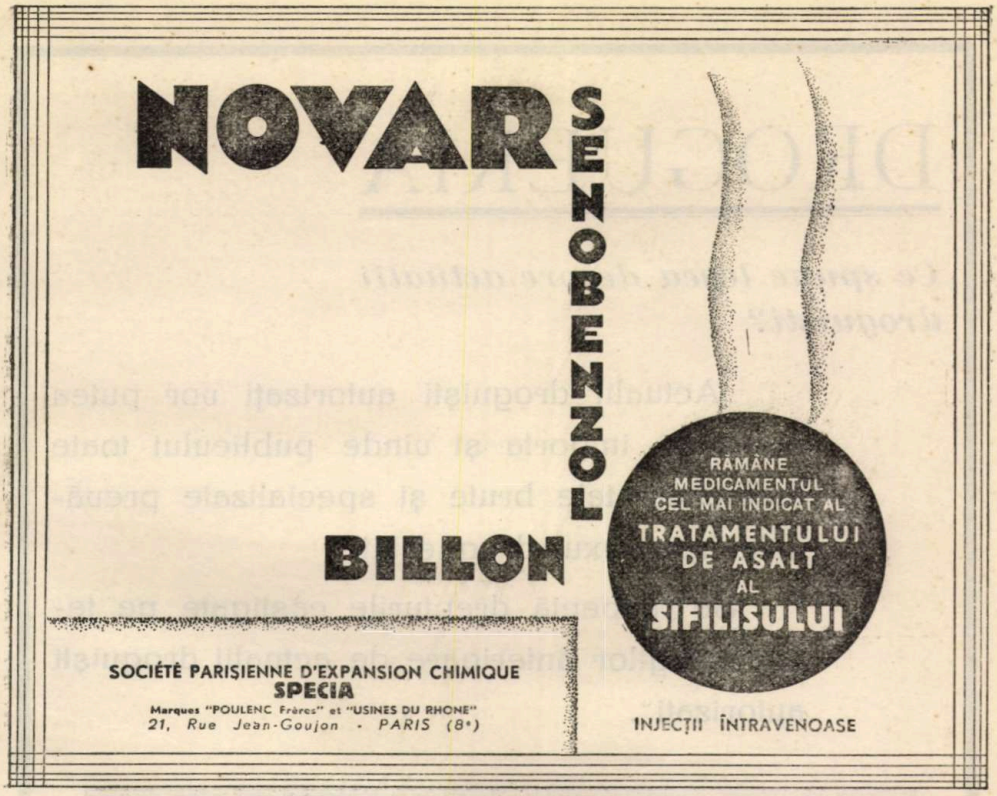
Dl Dr. Ramba Vasile, la circ. Ghelnița-Trei Scaune, pe ziua de 15 VI. 1935.

Dl Dr. Stoica Victor, la circ. Răcașul-Târnava-Mare, pe ziua de 1 VI. 1935.

Dl Dr. Thulner Martin, la circ. urbană Sibiu, pe ziua de 15 VI. 1935.

Dl Dr. Boer Togan Iosif, la circ. Ocland-Odorhei, pe ziua de 14 X. 1932.

Dl Dr. Soiu Ioan, medic stagiar al circ Demsuș din jud. Hunedoara, se transferă în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Haghig din jud. Trei-Scaune, pe ziua de 1 Aprilie a. c.



Propaganda medicală: **SPECIA,** str. I. G. Duca 19, București III.

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piața Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse.

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

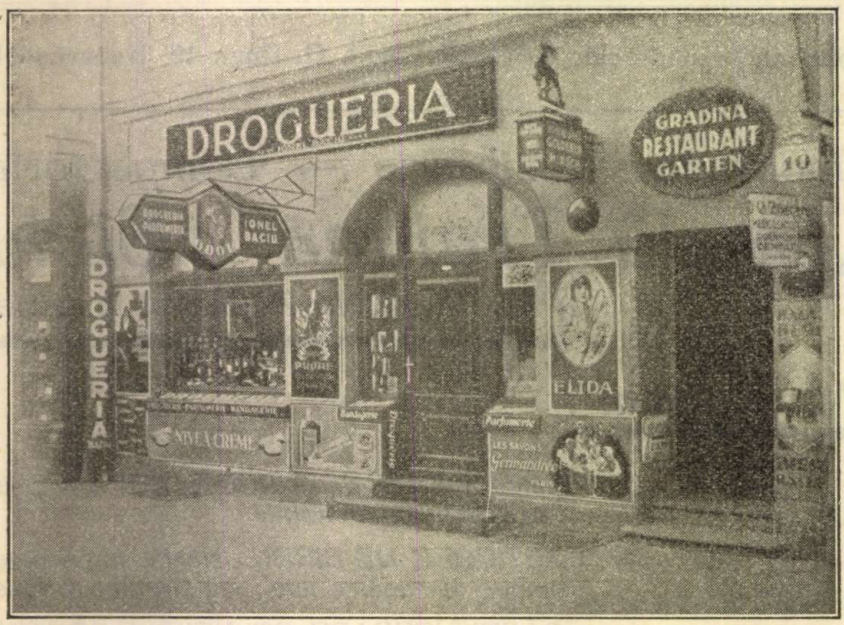
COMPACTĂM cu prețuri convenabile: Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".



DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1937.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

Cardiazol-Efedrină

«Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu alterațiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de bradicardie sau hipotonie, bronchită astmatică, emfizem,

combate insuficiența circulației,

dă rezultate foarte bune la colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradicardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine, minus-decompensație, intoxicații, ca profilactic înaintea narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 gr.
10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1 cm³, ambalaj original cu 6 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Ca doză medie se dă de 2–3 ori pe zi câte 10–20 picături, sau câte ½–1 tabletă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1–2–3 fiole pro die. Administrarea intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, BUCUREŞTI III

Anul IV. No. 5—6—7. **40 Lei Exemplarul.** Mai—Iulie 1937.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie: Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.
Secretar de redacţie: Dr. Matinca I.

Comitetul de redacţie: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Albini, Sebeş; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Creţu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman şi Doc. Dr. Câmpeanu, Braşov; Dr. Cornea, Făgăraş; Dr. Cahane şi Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighişoara; Dr. Ghiţescu, Sibiu; Dr. Giurca, Făgăraş; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ilcuşu, Dr. Ionaşiu, Dr. Manta, Dr. Mavru şi Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Mureşan, Mediaş; Dr. Nistor, Braşov; Dr. Onaca, Sighişoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roşca, Dr. Slavu şi Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ştefan, Braşov; Dr. Solomon, Sighişoara; Dr. Sireteanu, Mediaş; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Vilt, Sibiu.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU
Sibiu, Str. Regina Maria 10

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIU

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Dr. G. Preda: Curiozităţi din viaţa unor animale ce pot interesa ştiinţa medicală . Pag. 161

Docent Dr. Oct. Filipescu şi Emil Baca: Consideraţiuni asupra unui caz operat de guşe retrosternală . . . . „ 167

Dr. Stefan Popescu şi Dr. M. Teleman: Examen radiologic, clinic şi de laborator în depistarea colectivă a tuberculozei pulmonare în armată „ 170

Dr I. Matinca: Asupra unui caz de perforaţie intestinală tifică . . . . . „ 176

Dr. Mareş Cahane: Câteva date asupra malariaterapiei în paralizia generală şi în unele boli mintale . . . . . „ 179

Dr. Iosif Ghizdavu: Diabetul insipid şi teoria hipofizară „ 183

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia, Dr. C. Angelescu şi Dr. I. Cosma: O nouă formă de organizare sanitară rurală: Cooperativa Sanitară . . . . . „ 186

Dr. E. Dorca: Un an de activitate la secţia de pediatrie şi puericultură a Ambulatorului Policlinic Braşov Pag. 194

Dr. Fleischer: Rezultatele detailate a anchetei medico-sociale din comuna Ighiel, jud. Alba IX—X. 1936 . . „ 204

*** Expunerea dlui Prof. Minovici la şedinţa comună a Comitetului Asociaţiei cu Consiliul Colegiului Ilfov, privitor la deontologia medicală . . . . . „ 206

Revista cărţilor . . . . . „ 212

1. *Prof. Dr. Al. Slătineanu, Prof. Dr. I. Bălteanu, Conf. Dr. I. Alexa:* Plasa Sanitară Rurală de demonstraţie Tomeşti. 5 ani de activitate . . . . . .
2. *Agregat Dr. M. Zalog şi Dr. I. Prodan:* Plasa Sanitară Model Gilău. Raport de activitate pe anii 1931—1936.

Revista revistelor . . . . „ 214

Note de terapeutică . . . „ 215

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu . . „ 219

Note şi informaţiuni . . . „ 220

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de **primul rang**, conținând **Fe-Mn-P-și As** în **forma cea mai activă**. Prin **formarea ferului și manganului redus în statu nascendi**, adecă în starea **cea mai resorbabilă și asimilabilă**, de o **toleranță stomaco-intestinală perfectă**.

PREȚUL: 1 fl. de 250 gr. cu și fără arsen **Lei 98·—**.

Deci prezintă mijlocul suveran pentru tratarea stărilor anemice și urmările lor.

Mai e indicat: la **boale nervoase**, în **neurastenie**, în **astenie și surmenaj general**, în **covalescență**, în **tbc. generală și pulmonară**, în **diatezele exudative**, în **rachitism**, în **boalele tubului digestiv și ale nutriției**, în **eczemele cronice**.

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriță.

Desfacerea produsului:

Farmacia O. ALESI, Sebeș-Alba.

CHINOIN S.A.

Cardiotonic perfect stabil:

Lanaclarin

conține toți glicosizii genuini din **Digitala lanata**, în stare **izolată cristalină**, chimic pur.

Dozarea pe unități de greutate.

Acțiune rapidă și energică.

Injecțiuni, Soluție, Tablete, Supozitoare.

REPREZENTANȚA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREȘTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

Anul IV. Nr. 5—7. 40 Lei Exemplarul. Mai—Iulie 1937

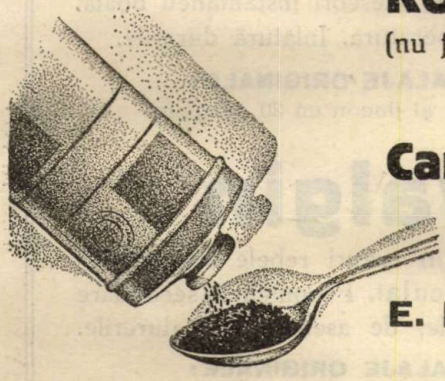
SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

Preparate de cărbune „Merck"

Pentru terapia de absorbţie

în diaree, procese fermentative, gastro-enterite, dizenterie, precum şi în intoxicaţiuni de orice fel.



Kohle-Granulat „Merck"

(nu face praf şi este comod de luat).

Ambalaje cu 20 şi 100 gr.

Carbo med.-praf „Merck"

Ambalaje cu 25, 50 şi 100 gr.

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentant: Dr. J. BINDER

Bucureşti II, str. L. Cazzavillan 34

SIBIU, 1937

Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană"

La primele simptome ale gripei şi altor boli de răceală

Novalgin-Chinin

Cupează repede adeseori instantaneu boala. Scoboară temperatura. Inlătură durerile.

AMBALAJE ORIGINALE:
Tub cu 10 şi flacon cu 20 drageuri.

Novalgin

Efect sigur şi în cazuri rebele de **reumatism poliarticular.** Fenomenele secundare cedează repede, de asemenea şi durerile.

AMBALAJE ORIGINALE:
Tablete: Tub cu 10 şi flacoane cu 250 tablete de 0,5 g.
Soluţie 50% Cutii cu 5 şi 10 fiole de 1 şi 2 cmc.
Cutii cu 5 fiole 5 cmc.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9285—3-9286.

Curiozităţi din viaţa unor animale ce pot interesa ştiinţa medicală.

de **Dr. G. Preda,** medic primar, director superior.

Este cunoscut faptul cum din studiile anatomice şi fiziologice precum şi din experienţele întreprinse pe diferite fiinţe vieţuitoare se pot trage învăţăminte cu privire la om.

Un distins învăţat francez Leon Binet întreprinzând o călătorie de studii în America de Sud a studiat în mod deosebit fauna acestei regiuni şi în special aceia a fluviului Rio de la Plata.

Trecând prin America de Sud am putut lua la cunoştinţă multe scene din viaţa animală studiate de susnumitul fiziologist şi pe care le consemnez în rândurile ce urmează:

Începem cu câteva însemnări fiziologice din viaţa unor **peşti.**

Există în această regiune peştele Ciclasoma facetum care-şi schimbă culorile tegumentelor după condiţiile exterioare, iar Jenysia lineata are pe corp nişte pete pigmentare care dispar după gradul de temperatură a apei. Astfel: la temperatura de 17° aceste pete sunt la maximum de apariţie, la 28° se micşorează, iar la 11° dispar.

Tot la acest din urmă peşte glanda genitală a femelei are o arhitectură dublă (ovarică şi hipofisară). Această asociaţie dintre hipofiză şi ovar ca şi studiile întreprinse asupra lor sunt de o importanţă vădită pentru endicronologie. S'a dovedit că scoaterea hipofistei la femelă întârzie sau împiedecă ovulaţia, iar injecţiile cu hipofisă accelerează expulsia oului.

Peştele Dieja, Plecostomus commersom are în unele regiuni a corpului o depigmentare a tegumentelor încât îţi lasă impresia că ar fi atins de Viteligo.

Peştele Ancestrus cirrhosus cântă. El trăeşte deci şi în afară de apă având o respiraţie stomacală şi intestinală.

Piranha este un peşte foarte avid de sânge, periculos pentru oameni de oarece îi muşcă cu cruzime.

Incât privește îngrijirea progeniturei, sunt unii pești dintre care citãm Pejerrey sau peștele preot, a cărui ouă sferice au niște filamente cu care se prind de picioarele paserilor ce plutesc pe apă sau de ierburile râului. Sub această ocrotire ouăle își continuă evoluția lor.

Ouăle femelei de Loricaria Anus sunt așezate în o pungă ce există la baza inferioară a bărbatului. — Prin contrast cu unii pești din Guyana care țin ouăle în gură (incubație bucală) peștele Tachysurus barbus, care de obiceiu urcă râul, le ține în stomac. — Alimentele digerate deci nutresc nu numai ființa dar și ouăle care i s'au încredințat de femelă.

Baudroie este un pește care vânează păsări. — Poartă deasupra capului un filament care plutește deasupra apei și prin care atrage pasărea. — La o baudroie de 1 metru, s'a găsit că avea în stomac două paseri lungi de 27 și 44 cm.

Peștii sburători merg în grup și în linie dreaptă. Ei pot rămâne la suprafața apei 6—10 secunde în care timp pot parcurge 100 metri.

In timpul trecerei pe ocean în afara peștilor fosforescenți (coelenterate) care luminează noaptea foarte curios fundul apei, întâlnim în timpul zilei dușmanii peștilor sburători cari sunt leii și lupii de mare (Autocefalus Australis). — Aceste animale au capu scurt, urechi mici, ochi mari și puțină blană.

Nu pot termina această parte a animalelor ce trăesc în apă fără a nu aminti experiențele lui Lesage întreprinse asupra Caimanului cu extractul plantei matè (Ilex paraguayesis) care conține cafeină și tamin. — Infusia acestei plante îi provoacă o stare de excitație făcându l să rămână cu ochii deschiși timp îndelungat.

S'a mai putut observa că unii pești considerați ca morți, inerți, fără respirație și cu burta în sus, pot fi ușor aduși la viață și capabili să respire în o baie de infusie de cafea.

Fapte interesante constatăm și la **Batricenii** ce trăesc în aceste regiuni. Astfel la:

Leptodactylus Ocelutus (o broască) bărbatul are labele anterioare foarte musculoase și de ele se servește pentru a strânge femela. — Abdomenul însă este atât de sensibil încât dacă se atinge cu un deget, el tot își strânge puternic labele anterioare.

Rinoderma Darvini se găsește mai mult în Chili. — Cântărește numai 5 grame. — Progenitura este ocrotită de bărbat căci el ține ouăle în gură.

Phyllomedusa Verde trăește uneori pe arborele cu același nume. Femela construește un cuib din frunze. Cuibul plutește deasupra apei și în el se desvoltă larvele.

Hyla faber este caracterizată prin aceea că fiecare deget se termină prin o umflătură şi aceste degete sunt reunite prin o largă membrană.

Femela este obicinuită să sape în lagune un mic basin de vreo 10 cm. în care îşi depune ouăle.

Învăţatul Houssay şi colaboratorii săi au întreprins numeroase experienţe asupra acestor batracieni în special asupra lui Bufo Arenarum.

Prin scoaterea hipofisiei la acest din urmă animal s'a observat că pielea păleşte. — Dacă i se injectează hipofisa altui animal, această piele se pigmentează din nou, adică se întunecă. — Femela ovulează odată pe an. — Dacă însă i se grefează glanda hipofisă se obţine o ovulare după 48 ore. O femelă care cântăreşte 250 grame poate ovula 80 grame ouă.

Imbrăţişarea femelei din partea bărbatului aduce o excitaţie şi o secreţie abundentă a glandei hipofisare. — Dacă se scoate pancreasul animalului el devine diabetic. — Acest diabet dispare însă dacă odată cu pancreasul i se scoate şi hipofisa.

Învăţatul Novaro care a întreprins şi el experienţe cu acest batrician a putut izola o toxină (bufotoxină). Tot acest învăţat grefând dosul acestui animat sub pielea unui câine a provocat moartea acestui din urmă după câteva ore.

In Uruguay găsim **gasteropode** în greutate de 130 gr. cu dublă respiraţie pulmonară şi branchială. — Aceste gasteropode depun ouăle pe o plantă ce creşte până la 30—40 cm. desupra suprafeţei apei. Este foarte interesant de văzut aceste ciorchine roze de 12—15 cm. lungime şi care conţin până la 1500 ouă.

Crabii de apă dulce merg îndărăt ca şi racii şi practică autotomia, adică dacă o labă este atinsă serios prin o împrejurare oarecare, animalul o părăseşte.

Pe branchiile acestor crabi trăieşte un parazit (Lagenophryes aeglae). Acest parazit secretă o substanţă neagră care înegreşte branchiile. Substanţa conţine o peroxidoză care ajută branchiei să respire.

Lipitoarea care serveşte la extracţia hirudinei, iar prin muschiul dorsal la cercetarea în umori a acetyloholinei, este, precum ştim, hermafroditâ. Specia Hirudo officinalis are 9 perechi de testiculi şi 2 ovare cu un singur vagin. Sunt altele ce au 2 aparate genitale femeieşti.

Avem o **insectă** curioasă numită Bicho de Cesto (Oeceticus Kirbyi). Larva acestei insecte construeşte pe frunze un fel de paner

(ceste) în care stă şi-şi creiază mătasa (din care se fac frumoasele eşarpe argentiniene). Ceea ce este interesant este faptul că părţei bărbăteşti crescându-i aripi, părăseşte panerul, pe când femela rămâne imobilă fără aripi şi aşteaptă vizita părţei mascule.

Partea masculă are o pensă cu care sparge panerul femelei şi se uneşte cu ea fără să o vadă. Femela depune 2000 ouă.

Pe muntele Cero care domină capetele Uruguaiului avem **şerpii** orbi (studiaţi de Darwin).

Sunt destul de cunoscute, Institutele Butantan din America de Sud şi cel din Port Elisabeta din Africa prin *crescătoriile de şerpi.* Cred că aici este locul să spun cât de falsă este credinţa populară că şarpele poate suge la ugerul vacei sau sânul femeiei, de oarece gura şarpelui ca şi becul pasărei este aşa întocmit încât nu poate să sugă.

Sunt şerpi ce pot rezista foarte mult foamei (aproape un an).

La 5 luni după copulare femela pytonului dă în timp de 3 ore 15 ouă închise în un fel de cutie şi se încolăceşte în jurul lor. Numai în vârful boltei se zăreşte capul animalului. Stă astfel timp de 3 luni.

Ceea ce este interesant de cunoscut este faptul că ouăle şi mama lor ajung la o temperatură între 28°—40°. Prin urmare un animal cu sânge rece se poate înfierbânta atunci când e vorba să servească la desvoltarea ouălor.

Crotalus terrificus este şarpele cu clopoţei care produce un sunet.

Mussurana este un şarpe nevenînos care mănâncă pe cei veninoşi (Lachesis).

Veninul şerpilor ştim că are acţiuni toxice (curarisante) hemolitice, proteazice (tumefacţii şi nevroze) coagulante, trombinice etc.

Şerpii Cobra şi Elaps în afară de veninul lor au şi un lichid pe care medicii din regiune îl injectează (în anumite doze) cu efecte bune la indivizi ce suferă de nevralgii lombare rebele.

La păsări încă găsim multe curiozităţi organice şi fiziologice, astfel:

Vulturul Condor are nişte filamente roze; Outarda are dimorfismul sexual; Pasărea Spatula are becul alungit şi lăţit întocmai ca cele două platane a buzelor femeilor africane.

Partea bărbătească a struţului clocește ouăle. Este foarte interesant de văzut cum acest struţ îşi lungeşte înainte picioarele de fiecare parte a oului formându-i un fel de gutieră şi cum le învârteşte cu gâtul.

Tero-Tero, i se mai zice şi păzitorul casei, deoarece strigă când vede venind un om. Nu-i este frică de om, dar părăseşte pe tăcute cuibul ca să nu fie găsit.

Furnaris rufus (i se mai zice şi Hornero) cântăreşte vreo 3 Kilograme. Işi face un fel de casă din lut. Această căsuţă are o intrare, apoi o anticameră în formă de spirală, însfârşit camera de 13—15 cm. garnisită cu pene şi ierburi fine.

In acest cuib vin însă adesea şi alte păsări să-şi depună ouăle.

Atât bărbatul, cât şi femela cântă frumos.

De obiceiu are loc un duet în care bărbatul începe şi femela răspunde.

Hornero este considerată ca o pasăre naţională de oarece locuitorii din Pampa îşi fac costumul lor numit rancho după modelul şi culoarea pasărei.

Barza cu gâtul negru care-şi opreşte în mod reflex respiraţia prin atitudinea ce o ia la mâncare (gâtul îndoit în regiunea cervico-dorsală, capul întins şi becul în jos) aduce servicii ştiinţei prin studiul ganglionilor săi limfatici şi formează prin culorile ei (alb şi negru) emblema îmbrăcămintei femeilor din Argentina.

Nocard şi Pacheco s'au ocupat cu psitacosa papagalilor (o stare tifică) şi pe care o găsesc datorită unui microb şi unui virus filtrant ce poate fi trecut la şoarece.

Printre rozătoare avem Viscaşa în care bărbatul poartă nişte mustăţi lungi, tari, impresionante.

La Coypu, care este un guzgan mare de 4 Kilograme, bărbatul se arată plin de cochetărie pentru femelă. Ii linge capul, pielea, face piruete comice. Gestaţia durează la animal 5 luni şi cei 8—9 pui apar cu dinţii albi, capabili să se nutrească şi să înnoate. Femela poartă glandele mamare pe spate câte 4 de fiecare parte şi înnotând îşi alimentează şi copii.

Opus rozătoarelor, avem Tatoul cu spatele acoperit de o carapace care uneori este aşa de mare că poate servi de leagăn la copii.

Tatoul Peludo îşi face groapa noaptea în pământ şi este greu de scos căci îşi implântă carapacele în sol. Pentru a-l putea scoate indigenii îl excită la partea terminală a tubului intestinal şi-l trag apoi de coadă. Acest animal are temperatura scăzută, schimbările respiratorice slabe, glanda tiroidă bogată în iod şi rezistă la veninul scorpionului.

Ceea ce este interesant la ei este poliembrionia, adecă 4 sau 8 embrioni se formează pe acelaş ou şi atunci sau toţi sunt masculi sau toţi sunt femele.

Gamba (Didelfus) are o gură până la urechi. Este un mamifer marsupial. La 11 zile după fecondaţie femela scoate puii pe cari-i

păstrează în punga mamară. Aerul din pungă are anhidridă carbonică 4—5%. Interesant este deci să se vadă cum gazul carbonic poate juca un rol în fenomenele de sinteză a micului mamifer.

Dintre **animalele domestice** trebue să menţionez pe acelea cu cari se mândresc oamenii regiunei.

Astfel:

Vacile dau între 12—50 litri de lapte pe zi. Ascendentul bărbătesc are influenţă asupra randamentului ce-l va da vaca şi valoarea lui se stabileşte după producţia laptelui.

Oile dau între 3 şi 4 Kgr. lână curată. Creşterea lânei este în funcţiune de glandele endocrine. Grefa glandelor genitale masculine accelerează creşterea la cele în vârstă. S'a demonstrat acţiunea glandei tiroide asupra procentului de iod şi sulf necesar creşterei. De asemenea s'a observat că dacă se măreşte cantitatea de cistină în alimentare, se măreşte şi cantitatea lânei. Hidrolizatul de coarne favorizează creşterea; de aici obiceiul de a introduce hidrolizatul de keratinină în alimente.

Dar experienţele s'au întins şi la om şi s'a constatat că barba unui individ care normal creşte cu 5 milimetri pe zi, poate prin o alimentare cu hidrolizat de keratinină să ajungă să crească cu 6–9 milimetri.

Printre *animalele sălbatice* nu se observă prea multe deosebiri de acele din alte ţări. Leul de obiceiu nu atacă omul, iar cămila Alpaca are un stomac cu buzunare în care poate ţine apa un timp îndelungat întocmai ca cămilele din Africa.

Guanaco se apără contra unui adversar aruncându-i o secreţie abundentă din nas.

Spitalul Public Sibiu.

Serviciul chirurgical: Medic primar Director Docent Dr. Octavian Filipescu.

Consideraţiuni asupra unui caz operat de guşe retrosternală.

Docent Dr. Oct. Filipescu şi **Emil Baca.**

Guşa retrosternală, sau după unii endotoracică, e o varietate a strumei cu desvoltarea în volum a glandei tiroide în cutia toracică. Desvoltarea glandei tiroide cu tendinţa spre o thyreoptoză înclină spre o alunecare către mediastinul anterior. Această penetraţie în cavitatea toracică e favorizată de tusă, de inspiraţie, care lărgeşte orificiul superior al toracelui şi de presiunea intratoracică negativă, care atrage tumora în regiunea mediastinală anterioară.

Situaţia guşilor retrosternale în raport cu planul toracic e variabil. După *L. Bérard şi Dunet* avem patru categorii:

1. *Guşa situată între planul venos şi peretele toracic* — aşa numitele guşi prevenoase;

2. *Guşa situată între planul venos şi planul arterial* — aşa numitele guşi prearteriale;

3. *Guşa situată între planul arterial şi planul tracheo-bronhic* — aşa numitele guşi pretracheo-bronhice;

4. *Guşa situată înapoia planului visceral* — aşa numitele guşi retroviscerale.

Această situaţie topografică ne explică diferitele simptome de compresiune, ce caracterizează tumorile mediastinale. Bolnavul acuză, accidente de sufocare continui sau intermitente, progresive cu crize de asfixie — de obicei noaptea — iar poziţia pentru somn e cea şezândă — decubitul orizontal îl congestionează şi-l sufocă.

Compresiunea şi deformaţia trachei ne dă tusă de compresiune, care duce la sufocare. Aceleaşi poziţiuni de statică de multeori dă accese de palpitaţie, tahicardie şi tensiune. In cazul când tumora apasă pe vag şi simpatic găsim tulburări cardiace şi pulmonare, exoftalmie şi inegalitate pupilară, în timp ce la frenic avem hemispasmul diafragmei.

Leziunile cele mai frecvente şi cu urmări mai grave le găsim în cazurile cu compresiunea recurentului, care duce la tulburări laringiene, variind dela spasm la laringoplegie.

Intrând în ziua de 23 Februarie a. c. în serviciul chirurgical, al Spitalului nostru, bolnavul U. S. — cu o guşe retrosternală, clasată după L Bèrerd şi Dunet în categoria a 3-a — adică o guşe situată între planul arterial şi planul traheo-bronhic — ne-a determinat a publica cazul. In antecedentele heredo-colaterale ale bolnavului n'am găsit nimic important. In familie nu se mai constată guşe. La vârsta de 15 ani a suferit de o afecţiune pleuro-pulmonară. Boala actuală datează aproximativ de 10 ani şi a debutat insidios prin apariţia unui mic nodul, la nivelul furculiţei sternale, fără a produce vreo tulburare.

De 2 ani, însă prezintă dificultăţi respiratorii, cari se accentuau noaptea şi după eforturi fizice mai însemnate, o jenă în deglutiţie, dureri de cap şi ameţeli.

La examenul local am constatat la nivelul regiunei subhioidiene o tumoră situată în partea stângă, sub muşchiul sternoc-leido-mastoidian. Tumora, partea ce a putut fi palpată, prezenta o consistenţă uniformă, renitentă pe toată suprafaţa şi urma uşor mişcările de deglutiţie.

La percuţia sternului se constată o matitate. Nu se constată prezenţa de vase dilatate la nivelul toracelui. Reacţia Wassermann negativă, în urină nu se găsesc elemente streine. Se face o radiografie şi se constată o guşe retrosternală de mărimea unei portocale. In ziua de 26 Februarie a. c. i se face intervenţia chirurgicală sub anestezie locală. Incizia semilunară Kocher. La secţionarea tegumentelor se constată aderenţe întinse între ţesutul celular subcutanat, aponevroza cervicală superficială şi mijlocie precum şi între muşchii subhioidieni. Se secţionează aceste planuri între pense hemostatice până ce am ajuns la suprafaţa tumorii. Decolăm faţa anterioară a lobului stâng, îndepărtând muschiul sterno-cleido mastoidian în afară. Punem în evidenţă pedicolul superior pe care-l secţionăm între 2 ligaturi. Punerea în evidenţă a pedicolului inferior, întâmpină dificultăţi din cauza aderenţelor puternice ce l fixează de vasele mari şi trahee. In acelaş timp lobul inferior e angajat şi 'napoia sternului, fiind acoperit de o reţea venoasă abundentă. După legătura venelor desfacem aderenţele la partea inferioară şi astfel reuşim să luxăm tumora dinapoia sternului în plagă. După această manoperă legăm şi secţionăm şi pedicolul inferior. Lobul drept se decolează cu uşurinţă. Odată ambii lobi tiroidieni eliberaţi, facem legătura în masă a

capsulei şi a parenchinului fiecărui lob, lăsând pe un plan posterior un strat de glandă de circa 1/2 cm. grosime. Hemostaza definitivă este asigurată cu facilitate prin suturarea acestor resturi de glandă în formă de sul, paralel cu traheea, adaptând marginea mediană a lamboului şi a capsulei la cea laterală. Operaţia, propriu zisă a guşei terminată, am procedat la refacerea straturilor secţionate.

Am descris acest caz, cu intenţia de-a putea arăta mai cu uşurinţă gravitatea guşilor retrosternale şi complicaţiile lor, precum şi dificultatea operatorie.

In tabloul clinic al cazului nostru am constatat o compresiune mecanică persistentă pe trachee la nivelul manubriului sternal şi în timpul operaţiei am fost pregătiţi, în caz de accident, pentru traheotomie.

In cazurile de compresiune pe trahee (după Wölfler — compresiunea frontală, inelară, unilaterală sagitală şi bilaterală sagitală) se prelungesc, se produce o slăbire a inelelor cartilaginoase şi adeseori ajunge în aşa grad încât pereţii traheei se pot lipi în inspiraţie, bolnavul murind în asfixie. Iar în cursul operaţiilor Swinton preconizează, în aceste cazuri grave, narcoza intratraheală.

Kocher, Mayo, Perthes şi Hartet în guşile chistice caută mai înainte a scoate conţinutul chistic cu ajutorul unui trocar.

In cazurile guşilor retrosternale, cu un volum mai mare, Billroth, Roux şi Jaboulay preconizează sistemul sternectomiei sau resecţia extremităţii claviculare.

Cu toate aceste sisteme, preconizate de diferiţi chirurgi, intervenţia chirurgicală, în guşile retrosternale, rămâne destul de grea dându-ne, după statisticele lui Swinton, Kocher, Mayo, Wührmann, Parvin şi Mallet-Guy, mortalitate de 20—30%.

Bibliografie.

L. Bèrard et Ch. Dunet. — Corps thyroide.
Perrin et Mallet—Guy—Lyon Chir. 1924 Y XXXI.
Schloffer—Zur Technik der Kropfoperation.
Bier—Brau—Kümmel—Chirurgische Operationslehre

Examen radiologic, clinic şi de laborator în depistarea colectivă a tuberculozei pulmonare în armată.

de

Dr. Stefan Popescu,
Medic radiolog, Spit. Militar Sibiu.

Dr. M. Teleman,
Medic bacteriolog, Spit. Militar Sibiu.

Prezenţa a numeroase cazuri de tuberculoză evolutivă la tineri militari în timpul stagiului sau în şcoli, cazuri care nu puteau fi depistate prin examenul medical făcut la intrarea lor în rândurile armatei a îndreptăţit ca încă din anul 1934 să se practice examenul radiologic în masă pentru depistarea tuberculozei în armată, realizând astfel un control medical serios la admiterea tinerilor în armată.

Această metodă trebue aplicată în masă, rapid şi colectiv în scopul de a recunoaşte din primele momente a intrării în colectivitate a celor suspecţi sau confirmaţi de această boală, izolându-i şi îngrijindu-i la timp, asigurând astfel sănătatea celor valizi.

In 1936 s'a continuat această anchetă asupra tuberculozei în armată examinând la rând toţi militarii activi şi completând de data aceasta examenul radiologic cu examenul clinic şi de laborator (intra-dermo-reacţiunea cu tuberculină).

Dăm rezultatul cercetărilor noastre obţinute la Spitalul Militar Sibiu în cursul anului 1936 pe 5210 cazuri concentrate în tablourile de faţă şi darea de seamă de mai jos.

Examenul radiologic.

	După Tabele	Consideraţi sănătoşi					Suspecţi				Tuberculoşi	
	Inscrişi	Normali	Cretificări hilare	Cretificări intraparenchimatoase	Reacţii hilare medii (mărite)	Afecţiuni diverse	Imagini hilare şi bronşice mărite	Modificări dubioase ale vârfurilor	Pleurite, scisurite, sechele pleurale	Pleurezie	Infiltraţia vârfurilor	Leziuni întinse pleuro-pulmonare
Totaluri	5210	3228	142	31	1058	4	380	177	126	5	44	15
Total pe grupe		4463					688				59	
Procent la % de examinaţi		85,82					13,23				1,13	

Impedimente { Suspecţi 688 / Tuberculoşi 59 } { 747 = 14.36% }

După cum se vede din tabloul de faţă, numărul total de examinaţi a fost de 5210. Dintre aceştia 3228 au fost găsiţi perfect normali, 142 cu cretificări hilare, 31 cu cretificări intraparenchimatoase şi 1058 cu reacţii hilare mediu mărite; pe toţi aceştia îi socotim sănătoşi din punct de vedere medico-militar. Dacă acestora mai adăugăm şi 4 cazuri de afecţiuni diverse toracice constituim grupa indivizilor consideraţi sănătoşi din punct de vedere radiologic, 688 erau purtători de leziuni mai mult sau mai puţin latente; adenopatii hilare, reacţii bronşice şi peribronşice suspecte, modificări în tonalitatea vârfurilor pulmonare, pleurite, scisurite şi sechele pleurale accentuate.

Aceştia formând a doua grupă a celor suspecţi.

59 dintre toţi cei examinaţi prezentau leziuni manifeste bacilare: 44 cu modificări tip infiltraţia vârfurilor şi 15 cu leziuni pleuro-pulmonare întinse, mono sau bilaterale. Aceştia formând a treia grupă a celor bacilari confirmaţi.

In rezumat rezultatele obţinute de noi prin acest examen, arată: 85,82% tineri consideraţi normali, 13,23% suspecţi şi 1,13% bacilari.

Examen clinic.

Paralel cu examenul radioscopic pulmonar şi numai după efectuarea acestuia, s'a făcut şi examenul clinic tuturor oamenilor, obţinându-se următoarele rezultate ce sunt consemnate în tabloul Nr. 2.

	După Tabele	Consideraţi sănătoşi		Suspecţi			Tuberculoşi	
	Inscrişi	Normali	Bronşită acută	Bronşită cronică	Pleurite	Modificări respiratorii ale vârfurilor	Cracmente	Tuberculoză avansată
Totaluri	5210	4723	200	42	111	74	52	7
Total pe grupe		4923		228			59	
Procent la % de examinaţi		94,48		4,39			1,13	

Din datele găsite la examenul clinic se vede că la un număr de 5210 indivizi examinaţi, 200 au bronşită acută, 43 bronşită cronică, 111 pleurite, 74 modificări respiratorii ale vârfurilor, 52 cu cracmente şi 7 cu tuberculoză avansată.

In rezumat rezultatele obţinute prin acest examen arată: 4924 oameni adică 94,48% sunt consideraţi normali din punct de vedere

clinic, 228 4,39% suspecți și 59 bacilari adică 1,13%. Bacilarii au fost internați în spital unde diagnosticul s'a confirmat prin examenul de laborator, fie prin examen direct, fie prin omogenizare.

Examen de laborator.

S'a executat la același număr de oameni intra-dermo-reacția Mantoux, fiind recunoscută ca cea mai sensibilă dintre procedee și totodată mai ușor de aplicat la un număr mare de oameni.

Se știe că bac. Koch introdus în organism produce o stare numită alergie și că această alergie este pusă în evidență prin tuberculină. Omul este de 1000 ori mai sensibil ca animalele la tuberculină.

Intra-dermo-reacția la tuberculină a preocupat mult pe biologi, făcându-se din ea rând pe rând un mijloc de diagnosticare și chiar o metodă de tratament.

Dacă unele școli au exagerat importanța intra-dermo-reacției, totuși nu se poate nega acestei reacții că este o manifestație specifică. Prin faptul că un organism atins de t. b. c. reacționează local și general la tuberculină, intra-dermo-reacția Mantoux are o valoare în primul rând de ordin biologic oricare ar fi concluziile clinice și radiologice.

Am întrebuințat tuberculină brută în diluție de 1/10.000 injectată intradermic în doza de 0,1 c. m. c. injecția de tuberculină în diluții mai concentrate prezintă unele inconveniente din punct de vedere al reacțiilor locale sau generale mai ales la tineri. In al doilea rând diluțiile prea concentrate fac să se piardă din caracterul de specificitate din cauza iritației exercitată de tuberculină asupra pielii.

Ne-am folosit de o seringă record de 2 cm.^{3} împărțită în zecimi de cm.^{3} cu diametru mic și de un ac foarte fin cu bisoul scurt.

Locul de injectare a fost în treimea superioară a feței anterioare a antebrațului, introducând acul paralel cu pielea în grosimea dermului dând o ușoară mișcare de sfredelire a acului pentru a pătrunde mai bine în derm. Injecția produce o mică papulă bine limitată, de culoare albicioasă, având aspectul de coajă de portocală. Această papulă dispare pe măsură ce se face resorbția tuberculinei, care în mod normal se face în timp de 60 minute. Rezultatele au fost citite după 48 ore, timp în care reacția ajunge la maximum de intensitate. Rezultatele au fost notate în milimetri, cele negative cu zero.

Reacțiile au fost variate ca aspect și dimensiune. Ca dimensiune au variat dela un milimetru la 120 milimetri. Ca aspect unele

reacţii au avut o culoare roşie aprinsă cu sau fără infiltraţie dermică, cu delimitare netă sau fără contur, altele de culoare pală sau sub forma unor petechii. O parte din aceste reacţii locale au fost însoţite de durere la presiune sau pruriginoase. La o bună parte din indivizi s'a observat o uşoară urcare de temperatură şi o stare de oboseală.

La numărul de 5210 oameni am găsit următorul rezultat:

3850 intra-dermo reacţii pozitive,

1360 intra-dermo reacţii negative,

Făcând procentul găsim:

74,1 intra-dermo reacţii pozitive,

25,9 „intra-dermo reacţii negative".

Intra-dermo-reacţia Mantoux negativă indică aproape fără excepţie absenţa tuberculozei. Totuşi unii indivizi tuberculoşi pot să aibă reacţia la tuberculină negativă. In aceste cazuri este vorba de o anergie la un tuberculos serios atins, sau de o anergie transitorie în cursul diverselor afecţiuni sau boale infecţioase acute.

După unii autori în maladiile zise anergisante timpul de resorbţie a papulei e diminuat şi că absenţa reacţiilor pozitive la aceşti indivizi, deşi infectaţi de bacilul Koch se explică prin acest fapt.

Dacă papula se resoarbe prea repede rezultatul e negativ. Astfel se întâmplă în febra tifoidă, scarlatină, rujeolă, tuberculoză avansată, diabet, insuficienţă hepatică, menstruaţie.

Nobécourt şi Briskas făcând cuti-reacţia Pirquet la 203 copii tuberculoşi, a găsit 18 dintre ei cu reacţia negativă, adică un procent de 8,8%.

Pe un număr de 263 copii atinşi de afecţiuni sau maladii acute a găsit un procent de 73% negativi şi 26% pozitivi.

Rezultatele pozitive se găsesc la tuberculoză în activitate, deschisă sau ocultă, sau în leziuni discrete ce nu par în activitate. Aceste rezultate nu ne spun dacă un individ are leziuni multiple, evolutive sau este numai infectat prin câţiva bacili avirulenţi, cari au creat în organism o stare de premuniţie.

In vaccinaţia preventivă cu B. C. G. apariţia reacţiilor pozitive ne arată, că bacilii B. C. G. fără virulenţă şi inofensivi s'au înmulţit în organele limfatice ale copiilor, determinând o stare de premuniţie.

Făcând o clasificare după diametrul reacţiunilor am găsit:

1135 cu diametru între 1— 10 mm.
2538 „ „ „ 10— 30 mm.
134 „ „ „ 30— 50 mm.
43 „ „ „ 50—120 mm.

Intensitatea reacţiilor n'a fost întotdeauna în raport cu leziunile găsite la examenul radiologic şi clinic. In afară de aceasta am avut un număr mare de reacţii intense (50.120) fără să se găsească ceva la examenul radiologic şi clinic.

Faţă de rezultatele radiologice şi clinice s'a găsit un procent mult mai mare de cazuri pozitive (74,1).

Aceste diferenţe se explică prin aceea, că pot să existe leziuni tuberculoase foarte discrete, chiar în evoluţie, care să scape examenului radiologic şi clinic (simple bronchite bacilare).

In al doilea rând intra-dermo-reacţia Mantoux, fiind o reacţie foarte sensibilă, apare chiar dacă organismul a fost infectat numai cu câţiva bacili avirulenţi (vaccinul preventiv B. C. G.).

In al treilea rând examenul radiologic şi clinic s'a mărginit numai la examenul pulmonar, intra-dermo-reacţia putând decela şi alte localizări bacilare în evoluţie sau latenţă.

Comparând datele din cele două tablouri (examen radiologic şi clinic) vedem că din punct de vedere radiologic interesează 14,36% din cei examinaţi, pe când clinic numai 5,52%. In cazurile de tuberculoză evolutivă examenul clinic coincide aproape totdeauna cu examenul radiologic, cu mici excepţii. Totodată este de remarcat că examenul clinic trebue făcut de specialist întru cât un examen sumar face să treacă neobservate multe cazuri.

Cât priveşte grupa suspecţilor examenul radiologic întrece cu 2/3 pe cel clinic. De aici se poate vedea rolul primordial pe care îl revendică radiologia în anchetele şi statisticile privind tuberculoza pulmonară. Lăsând la o parte cazurile atât de frecvente de tuberculoză latentă, calcifierele, reacţiile hilare, cavernele mute pe cari clinica nu le poate depista dar din punct de vedere pur statistic numai radiologul poate îndeplini primele condiţiuni ale unei bune anchete medicale: obiectivitatea şi omogenitatea rezultatelor. Apoi un singur radiolog poate examina zeci de mii de pacienţi având ca rezultat omogenitatea rezultatelor unei anchete faţă cu statisticile pur clinice la care trebuind să colaboreze numeroşi medici imprimă fiecare anchete coeficientul lor personal. Marile statistici americane actuale au ca principală bază în tuberculoza pulmonară examenul radiologic. De remarcat în toată ancheta noastră este că toate aceste cazuri de suspecţi şi majoritatea celor bacilari confirmaţi au trecut neobservaţi la intrarea în colectivitatea militară, aşa că ele au fost revelaţii atât pentru instituţie, cât şi pentru pacienţi.

După datele statistice din ţară şi străinătate numărul de suferinzi este mai mare la sexul feminin decât la cel masculin, mai ales

la vârsta de 20—25 ani. Deşi cazurile incipiente cu ocazia acestei anchete au fost constatate dela sosirea lor în mediul militar, totuş au apărut cazuri noui de tuberculoză evolutivă, după primul an de serviciu. Acest lucru denotă că examenul trebue repetat cel puţin odată pe an şi mai ales după perioade de eforturi.

Concluzii.

I. In anchetele sanitare pentru depistarea tuberculozei în colectivităţi examenul radiologic este absolut necesar.

II. Examenul radiologic să nu se substituie celui clinic.

III. Intâi să se facă examenul radiologic şi după clasificarea celor examinaţi în suspecţi şi tuberculoşi, numai aceste două grupe să fie examinaţi clinic şi becteriologic.

IV. Rezultatele pozitive la intra-dermo-reacţia Mantoux fiind mult superioare faţă de leziunile găsite prin examenul clinic şi radiologic, această reacţiune are o valoare practică numai în colaborare cu examenele mai sus citate.

V. Din punct de vedere biologic această reacţiune are o valoare absolută.

Bibligrafie.

Thoyer Rozat et Delherm. Le rôle social du radiodiagnostic dans le dépistage de la Tuberculose pulmonaire, III congres intérnational de radiologie Paris 1931.

Revu de la Tuberculose luli 1934.

Olinescu şi Floru. Tuberculoza în Universitate. Primul congres de radiologie Bucureşti 1934.

Journal de Radiologie p. 468/1935.

Giurea şi Fiamboli. Revista sanit. Militară Nr. 11/1936.

Nobécourt—Briskas. Cutiréactions a la Tuberculine, Pr. Med. p. 915/1936.

Tzanck-Oumansky. Allergie Pr. Med. p. 690/1933.

Frommel—Sierro—Bachmann. Anergie non spécifique a la Tuberculine Pr. Med. p. 1218/1933.

Besson. Technique Microbiologique et Serotherapique.

Sergent. Tuberculose.

Spitalul Public Sibiu. — Serviciul chirurgical.
Medic-primar Director Docent Dr. Filipescu.

Asupra unui caz de perforaţie intestinală tifică.

de **Dr. I. Matinca,**
medic secundar.

Perforaţiile intestinale în febra tifoidă constitue o complicaţie gravă ce ameninţă serios vieaţa bolnavului, cu atât mai mult că se instalează pe un organism debilitat de mersul, până atunci al boalei.

Obvine cam în 3% din febrele tifoide şi este mai rară la femeie ca la bărbat şi mult mai rară la copil. Timpul cel mai periculos pentru perforaţie este în a III-a săptămână dela începutul boalei şi poate continua până în săptămâna a V-a. Uneori survine şi în convalescenţă şi chiar mai târziu. Poate agrava toate formele de febră tifoidă. După Dieulafoy este mai frecventă în formele diareice, dar tot astfel se poate instala dramatic la o febră tifoidă uşoară, ambulatoare, nediagnosticată înainte — cum a fost şi în cazul nostru. Perforaţia mai des se localizează pe ileon, pe distanţa ultimilor 30 de cm. nu departe de valvula ileo-caecală, dar se poate prezenta excepţional pe colon în colotyphus şi pe apendice. Perforaţia poate fi unică sau mai multe şi ocupă centrul unei ulceraţii, la care nivel poate fi întinsă, iar de partea seroasei să fie punctiformă.

Diagnosticul acestei complicaţiuni poate fi dificil atât pentru chirurg, cât şi pentru internist căci tabloul clinic se caracterizează prin variaţiuni mari de aspecte. Intre primele simptome cu care se anunţă, este durerea care se prezintă subit, intens, persistent şi adesea localizată în faza iliacă dreaptă. Această durere nu este un simptom constant, mai ales la un bolnav adâncit în stupoare poate trece neobservată. Scăderea bruscă a temperaturii, pulsul filiform şi apărarea musculară abdominală sunt simptome ce ne pot îndruma pe calea diagnosticului. Tot astfel fenomenele peritoneale cu facies caracteristic, frisoanele, vomările alimentare la început şi apoi biloase, respiraţia scurtă şi accelerată, suprimarea vânturilor şi scaunelor, ne îndrumă pentru tratamentul chirurgical precoce al acestei complicaţiuni.

Bolnavul cu care vreau să ilustrez cele descrise succint până acum, a fost internat în Spitalul public Sibiu — Serviciul chirurgical, în ziua de 30 Maiu 1937 dintr'o regiune unde febra tifoidă este endemică. Boala lui actuală, a debutat brusc înainte cu o zi, când noaptea a început să aibă dureri atroce abdominale, cu debut şi persistenţă maximă în flancul şi fosa iliacă dreaptă, frisoane violente, tenesm, suprimarea scaunelor şi vânturilor, balonare abdominală. Aceste fenomene instalate dramatic l-au făcut să cheme medicul, care l-a îndrumat la spital pentru intervenţie, bănuind o apendicită acută. Internându-se a II-a zi, am avut în faţa noastră un bolnav, în vârstă de 31 ani, de profesiune econom, care nega în antecedente boale infecto-contagioase. La examenul obiectiv se constată un facies caracteristic, care totuş diferă de facieşul peritoneal. Abdomenul balonat, apărarea musculară a peretelui abdominal mai pronunţată în flancul şi fosa iliacă dreaptă; durerea este continuă, accentuându-se la palpare şi cu intensitatea maximă localizată în aceleaşi regiuni, specificate la apăsarea musculară. Pulsul filiform, temperatura 38·9°, respiraţia toracică.

In faţa acestui cortegiu de simptome, ţinând seama de bruscheţa lor şi de faptul că bolnavul a recunoscut şi un trecut gastric, ne-am gândit la o perforaţie a unui ulcer stomacal, — presupunere pe care am eliminat-o după o examinare minuţioasă în această direcţie. Rămânea atunci de verificat diagnosticul cu care a fost internat în spital de către medicul curant. Totuşi simptomele nefiind destul de caracteristice pentru susţinerea acestei ipoteze, la insistenţele noastre repetate, bolnavul recunoaşte că înainte cu două săptămâni a suferit de o gripă uşoară, căci a putut lucra la câmp în acest timp. Această boală s'a manifestat cu cefalee, ascensiuni termice şi diaree ce a ţinut 5—6 zile. Ţinând seama de aceste simptome ce le-a avut înainte cu 2 săptămâni şi de faptul că venea dintr'o regiune unde au mai fost cazuri de febră tifoidă, am bănuit şi am rămas la diagnosticul de perforaţie intestinală a unei febre tifoide, formă uşoară ambulantă ce a debutat când bolnavul credea că suferе o infecţie gripală. Se face intervenţia chirurgicală, în anestezie locală combinată cu narcoză, folosind ether, — de către dl Docent Dr. Filipescu asistat de Dr. Matinca şi într'adevăr se găseşte morfologic o perforaţie tifoidă tipică pe ileon, la distanţă de 15 cm. de valvula ileo-caecală. Fără manopere intense în cavitatea abdominală se închide perforaţia prin înfundare, cu fire întrerupte, în direcţia longitudinală a intestinului, protejând-o printr'o epiploo-plastie. Pentru asigurarea succesului operator se aplică în acelaş timp un drenaj

larg. Se administrează bolnavului cardiotonice, ser fiziologic, Roborose Egger intravenos, iar după 4 săptămâni părăseşte spitalul vindecat.

In seviciul nostru ne conducem după aceste concepţii de tratament, cari ne dau cele mai mulţumitoare rezultate, descrise şi de către dl Docent Dr. Filipescu în „Sibiul Medical" Nr. 3—4, 1935, când din 4 cazuri, 3 au fost salvate. Precocitatea intervenţiei este în funcţie de diagnostic, care este dificil, mai ales pentru bolnavii cu trecut gastric. Este apoi dificil şi când perforaţia complică o febră tifoidă uşoară ambulantă nediagnosticată, când bolnavul neştiind de ce boală suferă se hrăneşte normal, ingerând şi alimente cu desăvârşire interzise în această boală.

Gardénal
PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE
ÉPILEPSIE
CONVULSIUNI
STĂRI NERVOASE
INSOMNII REBELE
IN TUBURI DE COMPRIMATE DE 0GR.10, 0GR.05 & 0GR.01
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE 21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8e

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic şi analgetic la dureri provenite din spasme

Indicaţiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului şi duodenului,

spasme — urmări ale unor operaţii gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreţiune (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale şi vezicale,

constipaţiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăţi.

Lichid (soluţie 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm^3
(1 cm^3 conţine 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăţi.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puţin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi 1/2–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi 1/2 fiolă.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.

Produse chimico-farmaceutice

str. Atena 29, Bucureşti III

CHINOIN S.A.

TETRACOR

Soluție 10% Pentamethylentetrazol.

Analeptic, excitant, expectorant sintetic.

Injecțiuni, Soluție, Tablete, Pulbere.

REPREZENTANȚA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREȘTI-I-STR-SFT-CONSTANTIN-4

CHLORO-CALCION

Laboratoires MICHELS — 4 bis, rue du Colonel Moll, PARIS.

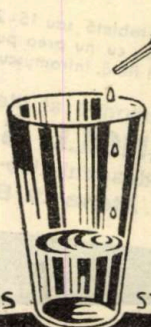
O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant DIRECT

Dechlorurant ASSIMILABIL



LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.

Câteva date asupra malariaterapiei în paralizia generală şi în unele boli mintale.

de **Dr. Mareş Cahane.**

Primele încercări de malariaterapie datează din anul 1917 când Wagner-Jauregg a inoculat sânge de malaria terţă prin scarificarea pielei la un paralitic general. Aceasta încercare nu era decât rezultatul unei lungi experienţe întrucât aplicarea piroterapiei în bolile mintale în general preocupă pe acest ilustru cercetător încă din anul 1887. Diferite boli intercurente, febră tifoidă, erisipelul etc., i-au arătat că acest accident poate influenţa în bine mersul ulterior al psichozei.

Plecând dela aceste observaţii, încearcă vaccinurile de streptococi, tuberculină, vaccin tific etc., iar rezultatele obţinute au făcut şi pe alţi autori să facă încercări terapeutice asemănătoare.

In 1876 Motschukofskij în urma inoculării cu febra recurentă ameliorează şi vindecă unele boli mintale.

Kösti şi Kirnau obţin unele succese cu vaccinul variolic iar Leidersdorf obţine rezultate favorabile provocând stări febrile prin transfuziune sanguină.

Pilez încearcă şi el tuberculina cu oarecare succes. In urmă alţi autori au încercat diferite mijloace care produc ridicări termice (nucleinat de sodiu, peptonă, lapte etc.). Dintre toate aceste mijloace numeroasele contribuţii aduse de diferiţi autori au demonstrat fericita idee de a utiliza hematozoarul lui Laveran ca agent piretogen. Utilizarea malariei terţe benigne a fost concretizată şi limitată la anumite psichoze şi are indicaţiuni cari dacă sunt respectate produc rezultate cari pot fi numite cu drept cuvânt miraculoase. Când ne gândim că paraliticul general era considerat ca un bolnav pierdut, ce trebuia în timp de câţiva ani să evolueze progresiv către o stare caşectică şi să moară în chinuri, acum mulţumită acestei terapeutici bolnavul poate fi redat societăţii şi putem observa modificări nete serologice şi al lichidului cefalo-rachidian până la dispariţia reac-

ţiilor pozitive. Nu putem în articolul de faţă să dăm toată bibliografia din lipsă de spaţiu, însă înainte de a trece la rezultatele noastre trebue să amintim că la noi malariaterapia, cât şi piretoterapia în bolile mintale a fost încercată de Parhon, Obreja, Urechia, Ballif şi Ciucă, Paulian etc., iar acum avem două institute de malariaterapie datorită Prof. Ciucă şi cari sunt conduse la Iaşi de dl Prof. Ballif şi la Bucureşti de dl Prof. Tomescu.

Observaţiile noastre se referă la 230 bolnavi dintre cari 330 au fost studiaţi şi urmăriţi mai bine.

Vom începe cu grupul de 50 bolnavi suferind de paralizie generală.

Bolnavii au fost inoculaţi cu 5 cm. sânge malaric intra-muscular. N'am lăsat să se producă mai mult de 8 accese. Din bolnavii malarizaţi, 30 au beneficiat de tratamentul malaric şi au fost redaţi societăţii cu o capacitate de muncă dela 60 la 100%. Majoritatea a urmat după malariaterapie un tratament specific (Neo. şi Bism.) fie în spital sau acasă.

Din restul de 20 bolnavi 7 au rămas staţionari, 3 au făcut complicaţii intercurente (ruptura splinei, pneumonie) şi au decedat, iar la 10 bolnavi, starea generală n'a fost influenţată, iar procesul sifilitic a mers progresând, cei mai mulţi au decedat în interval de 6 luni până la 1 an.

Având în vedere că malariaterapia a fost aplicată la majoritatea bolnavilor cari n'au prezentat leziuni cardiace, renale sau hepatice, cu toate că unii au prezentat simptome înaintate de lues cerebral, rezultatele sunt foarte frumoase întru cât am obţinut ameliorări şi vindecări în proporţie de 60 la 100.

In afară de statisticele bine cunoscute ale lui Wagner-Jauregg şi a Prof. Claude credem interesant să redăm rezultatele publicate în diferite regiuni. O'Leary şi A. Welsh au urmărit mai mult de 1000 bolnavi atinşi de neurosifilis. După aceşti autori mai bine de 3 pătrimi din bolnavi se vindecă clinic şi serologic. Este interesant de remarcat că în sifilisul latent în 42 la 100 din cazuri lichidul cefalorachidian devine negativ după inpaludare. Faptul merită să fie subliniat întru cât aplicarea malariaterapiei ar avea şi o acţiune preventivă. După Vullien şi Guilbert din 81 bolnavi inpaludaţi 51 au părăsit spitalul vindecaţi sau net ameliorati.

După Roger remisiunile complecte merg dela 25 până la 40 la sută. Remisiunile incomplecte formează 1/3 din cazuri, mortalitatea datorită malariei ar atinge 5%.

Barbeau (Montreal) observă că din 54 paralitici generali inpaludați, 26 adică 48% au beneficiat de o remisiune completă, 3 o remisiune incompletă, 7 o transformare psihică, 10 rezultate nule și 8 decese. Rousset și Tassovatz cari au studiat evoluția citologică a lichidului cefalo-rachidian la 30 bolnavi inpaludați au constatat că în 47% din cazuri unde au fost remisiuni clinice și lichidul cefalo-rachidian a prezentat o ameliorare globală (în număr și formulă).

Uhlenbrück într'o statistică publicată în 1931 a dat ca rezultate 18% vindecări, 48% ameliorări satisfăcătoare, 14%, neschimbate și 20% agravări.

In țară la noi după 10 ani de malariaterapie Dem. Paulian pe 1224 bolnavi a obținut rezultate care se apropie de a autorilor de mai sus.

In general ținând seamă că diferiți autori au urmărit un material deosebit, unii au inoculat paralitici generali incipienți, alții n'au ales formule deosebite, rezultatele se mențin în jurul cifrei date de Wagner-Jauregg de 48,5% de remisiuni complete. Aceeași terapeutică a fost încercată de unii autori și în alte boli mintale.

Observații vechi încă de pe timpul lui Hippocrat, Galen etc. au arătat influența bună a bolilor infecțioase asupra unor psihoze (melancolie, epilepsie etc.).

Wagner Jauregg notează în unele cazuri dispariția halucinațiilor și apariția conștiinței boalei. Rezultatele sunt cu atât mai bune cu cât starea febrilă are loc la începutul sau cel mai târziu în prima jumătate de an dela apariția psihozei.

Printre autorii cari au urmărit malariaterapia în psihozele nesifilitice trebue să citâm pe Levy-Bianchini și I. Nardi. Pe 404 bolnavi autorii au obținut 9,16% vindecări, 12,2 la 100 ameliorări, 2,2% agravări și 2 cazuri de moarte cari însă nu pot fi puse pe seama malariei. Printre schizofrenici au obținut 8,3% vindecări, 16,4% ameliorări, în psihoze maniaco-depresive 23,5% vindecări și 20,5% ameliorări. Malariaterapia a rămas fără acțiune asupra oligofreniei, bradifreniei, parkinsonului postencefalitic și epilepsiei.

Noi am inpaludat 80 bolnavi cu următoarele psihoze: schizofrenie 26, psihoze afective (manie, melancolie, psihoză maniaco-depresivă) 29, paranoia 5, confuzie mintală 5, epilepsie 6, alte psihoze 9 (Parkinson postencefalitic, alcoolism, debilitate mintală etc.). Vindecări sau ameliorări nete n'am obținut decât în trei cazuri, iar ameliorări în 16 cazuri cari au părăsit spitalul din totalul de 26 bolnavi 19. Rezultatele favorabile se explică că cei mai mulți sunt bolnavi noi intrați și au urmat și alte tratamente. Trebue remarcat că

3 din 26 au decedat indirect din cauza malariei, care a redeşteptat un focar de tuberculoză pulmonară.

Cazurile de psichoză afectivă au fost toate ameliorate, nu se poate vorbi de o vindecare cele mai multe fiind periodice. Şi în aceste cazuri am utilizat şi alte mijloace terapeutice.

Cazurile de epilepsie n'au fost influenţate, starea generală a unora a fost înrăutăţită şi la 2 bolnavi un focar de t. b. c. s'a redeşteptat. Bolnavii cu paranoia n'au fost influenţaţi, totuşi ei au devenit mai puţin periculoşi şi mai liniştiţi putând fi eliberaţi acasă. Cazurile de parkinson postencefalitic şi debilitate mintală n'au fost influenţate, tabloul clinic rămânând acelaş.

In rezumat: malariaterapia are o indicaţie precisă în paralizia generală. Inocularea trebue făcută cât mai repede, iar accesele trebuesc urmărite cu toată atenţia. Bolnavul trebue să fie examinat înainte din punct de vedere pulmonar, renal, hepatic etc., altfel riscăm să avem complicaţii mortale.

Bolnavii înaintaţi nu pot beneficia de malariaterapie.

După malariaterapie se va urma un tratament specific cu doze mici de Neosalvarsan şi Bismuth.

In alte psichoze malariaterapia rămâne să fie întrebuinţaţă numai când celelalte mijloace terapeutice au dat greş sau întârzie să producă vreo ameliorare a bolnavului.

In epilepsie, parkinson postencefalitic, oligofrenie, malariaterapia este contraindicată. In toate psichozele cronice malariaterapia poate micşora unele stări de agitaţie, să facă bolnavul mai puţin agresiv, ascultător. Aceasta ar avea importanţă fiindcă bolnavul poate să fie educat şi făcut capabil de muncă.

(Serviciul de boli mintale şi nervoase — Diciosânmărtin).

Bibliografie.

1. Barbeau A.: (Montreal Canada) XIII. Congr. des medicins de langue Francaise de l'Amerique du Nord—27—30—Aout—1934.

2. Levy Bianchini e J. Nardi: Archivio gen. di Neurol psichiatria e psicoanalisi. t. XIII. No.—2—1933.

3. Masquin et O. Trelles.: Action de la malarie sur le l. c. r. des p. g. p. Gazette des Hôpitaux, Mai—1935.

4. O'Leary and A. Welsh.: The Journal of the American Med. Assoc. T. Ci., No.—7—1933.

5. Paulian D.: Soc. Med. des Hôpitaux, Mai—1935.

6. Rousset et Tassovatz: Qeunion Neurol. de Strassbourg—Juillet—1935.

7. Vullien et Guilbert: Soc. Centrale de Medecine du Nord—Dec.—1933 Presse Med. No.—7—1934.

8. Wagner-Jauregg: Fieber und infektionstherapie. Edit. Weidmann et Co, Wien.

Spitalul de Stat Sighişoara — Secţia Medicală.

Diabetul insipid şi teoria hipofizară.

Observaţia unui caz.

de **Dr. Iosif Ghizdavu,**
Medic Primar, Şef de Secţie.

Dintre multiplele teorii cari au fost emise pentru explicarea sindromului diabetului insipid aceea a leziunei însăşi a hipofizei pare neîndoios justificată după cum observaţia de mai jos o va confirma. Proba ei în esenţă consistă în rezultatul uimitor pe care l-a dat administrarea de pulvere de hipofiză sub forme de prize pe nas (Hipofisisip. post. pulv. Egger). Această substanţă într'adevăr a făcut să dispară simptomele boalei — adică polidipsia şi poliuria — ca şi senzaţia de arsură a buzelor, gurii şi a setei chinuitoare. Valoarea ei e adevărat pur substitutivă, nu vindecă însăşi boala, ci atâta timp cât bolnavul prizează praful de hipofiză (de 3 ori pe zi) bea şi elimină lichide întocmai ca un om sănătos. Substituţia ei este homoloagă putem spune cu extractele de suprarenală în maladia lui Addison sau cu insulina în diabetul zaharat. Nu este însă identitate absolută totuşi fiindcă în diabetul insipid (cazul din observaţia mea) administrarea prafului de hipofiză reduce însăşi boala în totalitatea ei, până când în afecţiunile cu care o compar, în Addison şi diabetul zaharat, cari au cauze mai complexe şi dau tulburări cu mult mai profunde în organism, substanţele substitutive nu au aceleaşi efecte. De sigur pentru a menţine starea de quasi-normal, administrarea hipofizei trebue continuată toată viaţa. Au fost formulate teorii pentru explicarea diabetului insipid.

1. *Teoria renală:* Rinichiul nu ar fi în stare să elimine sărurile obişnuite la gradul de concentraţie normal, de aci necesitatea unei diluări mari şi apel la ingerare de multă apă. Probele pentru funcţia renală însă au desmintit această teorie.

2. *Teoria Psiho-patică:* Fie că e o dipsomanie *a)* simplă sau *b)* la alcoolici, cari din tendinţa de a bea mult alcool trec la obişnuinţa de a bea lichide, sau *c)* la histerici la cari prin sugestie dispare

dipsomania (Debove), *d)* la degeneraţi, *e)* la neurastenici, *f)* în urma unei emoţii violente. Această teorie este lipsită însă de argumente serioase.

3. *Teoria hipofizară sau endocrină:* În stare normală hormonul lobului posterior, care ar fi secretat în partea intermediară a hipofizei este activat în lobul posterior, de unde prin tulbina pituitară trece în ventricolul trei, în lichidul cefalo-rachidian, prin care influenţează nişte centrii nervoşi din regiunea infundibulo-tuberiană, cari regulează echilibrul dintre ingerarea şi eliminarea lichidelor. În stare patologică fie leziunea hipofizei însăşi cu partea intermediară, fie a centrilor nervoşi infundibulo-tuberieni, rupe echilibrul hidric şi are drept consecinţă clinică starea de diabet insipid. Cusching, Goetsch şi alţii au obţinut poliurii permanente la animale lezând hipofiza. În clinică poliuria se întâlneşte la acromegalici, la gigantism, în sindromul adipozo-genital. În observaţia noastră, unde radiografia a arătat o mărire a şelei turceşti, deci existenţa unei tumori, care lezează funcţia hipofizei, a produs diabetul insipid, probabil prin lipsa hormonului, care influenţează centrii nervoşi din regiunea infundibulo-tuberiană, sau poate în orice caz prin comprimarea acestor centrii, cari după alte păreri ar fi singuri responsabili în producerea diabetului insipid. Aceasta constitue a patra teorie. Într'adevăr Camus şi Roussy prin lezarea hipofizei la câini nu au obţinut poliurie ci numai prin lezarea unui centru din tubercinereum, care se află aproape de planşeul ventricolului 3.

Claude şi Lhermite, Lereboullet şi alţii au relatat un diabet insipid însoţind o tumoare a ventricolului 3, Lhermite un caz de meningită bazilară sifilitică cu leziuni histo-patologice în tubercinereum (Necropsie), Camus şi Roussy un caz de diabet insipid produs de un abces al hipofizei cu leziuni în infundibul şi tubercinereum. S'au mai descris cazuri de diabet insipid în tumori cerebrale, meningite T. B. C., hemoragii cerebrale, ramolismente, hidrocefalie, scleroză în plăci, paralizie generală şi sifilis cerebral, fie moştenit, fie câştigat. În acest din urmă caz tratamentul specific poate da vindecări. Traumatismele craniene încă dau diabet insipid.

În concluzie tot ce poate leza hipofiza direct sau indirect sau centrii nervoşi infundibulo-tuberieni poate produce diabetul insipid. Teoria hipofizară şi cea a centrilor nervoşi rămâne deci indiscutabilă, atât experimental, cât şi clinic. În modesta mea contribuţie mă refer mai ales la teoria hipofizară deoarece administrarea de hormoni hipofizari mi-a dat un rezultat uimitor. Căci e clar că dacă centrii nervoşi infundibulo-tuberieni ar fi singuri în cauză, admini-

strarea de hormoni hipofizari ar fi rămas fără rezultat. E prea posibil că nucleii nervoşi infundibulo-tuberieni să comande regularea diurezei, dar numai prin hormonul hipofizar. Lipsa primului movens (Hormonul hipofizar) aduce diabetul insipid, administrarea lui reface funcţia, natural atâta timp cât el există în sânge. Cazul pe care îl relatez nu exclude alte posibilităţi, ci numai confirmă teoria hipofizară a diabetului insipid.

Observaţie: Mater Ioana, 67 ani din Botul (judeţul Târnava-Mare). Vine la Spital (11 Decemvrie 1936) pentrucă bea apă în cantitate considerabilă şi mai ales noaptea (stă cu cana cea mare lângă pat şi bea des apă), urinează mult, are senzaţie de uscare a gurei şi arsură chiar, ca şi la stomac. Nu se simte bine decât bând mereu. Aceasta datează de circa 6 luni. S'a tratat la diferiţi medici fără rezultat. Nimic în antecedentele heredo-colaterale. In afară de gripă şi uşor reumatism nu a suferit de nici o boală. La examenul obiectiv nimic, în afară de un emfizem senil. Urina în 24 ore 10—16 litri, nu conţine glucoză, nici alte elemente patologice. Densitate între 1001 şi 1003. Reacţia Wassermann negativă. La radiografie prezintă o mărire a şeiei turceşti. Conform concepţiei că rinichiul ar fi în cauză îi administră injecţii cu Salyrgan fără rezultat. Incepem injecţii cu Glanduitrină după care se ameliorează uşor, îi facem şi o radioterapie pe şeaua turcească. In 16 Decemvrie părăseşte spitalul, urmând cu prisaj pe nas de pulvere de hipofiză de 3 ori pe zi, după care revine şi ne comunică îndreptarea la normal a stărei sale: bea de 2—3 ori ziua şi cel mult odată noaptea câte un pahar apă. Când i s'a întâmplat să ia numai de 2 ori spre exemplu polidipsia i-a revenit în parte. Am revăzut-o de mai multe ori şi îmi comunică că starea i se menţine perfectă cât timp uzează de praful de hipofiză, lucru de care e extrem de mulţumită. Cât priveşte chestiunea simptomelor problema e rezolvată, în ce priveşte cauza bănuim o tumoră hipofizară, pentru care i-am aplicat o radioterapie şi la care urmează să revină; o intervenţie chirurgicală a refuzat-o net şi de altcum e şi dificilă, iar ameliorarea simptomelor desigur că determină în plus pe pacientă să o refuze. E fără îndoială deci că tumoara hipofizară i-a provocat o carenţă de hormoni hipofizari, care a rupt echilibrul apos din organism. Inlocuirea acestei carenţe prin praf de hipofiză i-a readus acest echilibru. Iată pentru ce acest caz ilustrează, cred, teoria hipofizară a diabetului insipid.

Probleme de organizare sanitară şi profesională.

O nouă formă de organizare sanitară rurală: Cooperativa Sanitară.

de **Dr. I. Stoichiţia**

Dr. C. Angelescu şi **Dr. I. Cosma**

In toamna anului trecut a luat fiinţă în comuna Gârbova din judeţul Sibiu Cooperativa sanitară „Dr. I. Costinescu", prima organizare sanitară românească bazată pe principiul cooperaţiei.

Realizarea dela Gârbova nu este o imitaţie străină, ea s'a născut spontan din iniţiative şi prin voinţa populaţiunei româneşti din această comună, care a simţit necesitatea ca pe lângă organizaţia sanitară de Stat existentă, să-şi asigure prin mijloace proprii, o asistenţă medicală în condiţiuni cât mai bune.

Cooperativa s'a constituit având un număr de circa 400 membri, capi de familie, înscrişi şi a început să funcţioneze, reuşind să-şi construiască la centru o admirabilă „Casă culturală şi de sănătate", iar în cele trei comune afiliate, înfiinţând câte un mic dispensar pentru consultaţiile medicale.

Ministerul sănătăţii sesizat de aceasta realizare, a înţăles să-i acorde dela început cel mai larg sprijin, încurajând iniţiativa locală, iar alte comune din cuprinsul judeţului şi-au manifestat dorinţa de a imita exemplul dela Gârbova.

Pentru a putea da o îndrumare cât mai sănătoasă acestei mişcări, pe care o considerăm cu drept cuvânt ca o completare fericită şi necesară a organizaţiei noastre sanitare de Stat, Ministerul a găsit de cuviinţă studierea problemei cooperativelor sanitare chiar în patria ei de origine, în Jugoslavia, şi în acest scop ne-a delegat a face un studiu asupra acestei probleme la faţa locului.

Executând delegaţia Ministerului, ne-am deplasat în decursul lunei Mai 1937 în Jugoslavia, unde am fost primiţi cu cea mai largă bunăvoinţă de către animatorii şi conducătorii acestei mişcări: Profesor

Dr. Ivanic, directorul Institutului Central de Igienă din Belgrad şi *Dr. Schneider* directorul Uniunii Cooperativelor sanitare, cari ne-au demonstrat la faţa locului felul cum se înfiinţează şi cum activează Cooperativele sanitare jugoslave, punându-ne în acelaşi timp la dispoziţie întregul material documentar de care aveam nevoie. In cele ce urmează vom arăta pe scurt observaţiile şi constatările noastre, aşa după cum au fost depuse în raportul prezentat Ministerului şi suntem convinşi că facem operă utilă atrăgând şi atenţia lumei medicale asupra acestei originale şi interesante forme de organizare sanitară pentru mediul rural.

Istoric.

Paralel cu intensificarea mişcării de cooperaţie agricolă, din nevoia de a se ridica şi nivelul sanitar al satelor jugoslave care au suferit profund în urma îndelungatelor şi repetatelor războaie, s'a născut ideea realizării unui sistem de organizare sanitară rurală bazat pe principiul cooperaţiei.

Iniţiatorul acestei mişcări, *Doctorul Gavrilo Koyci*, pornind dela ideea de a stimula, întări şi desvolta iniţiativa locală; de a produce o colaborare efectivă a însăşi populaţiei la acţiunea sanitară şi pentru a desvolta în mintea populaţiei rurale aceea conştiinţă şi răspundere socială fără de care nu este posibil un real şi permanent progres în domeniul social, — a început organizarea cooperativelor sanitare jugoslave încă în anul 1921. Primele cooperative sanitare rurale înfiinţate de Gavrilo Koyci aveau ca scop imediat asigurarea asistenţei medicale a populaţiunei, în schimbul unei cotizaţiuni lunare minimale, precum şi aprovizionarea cu medicamente în condiţiuni cât mai ieftine. In acest scop cooperativele sanitare constituite îşi angajau din mijloacele proprii un medic şi îşi înfiinţau în acelaşi timp o mică farmacie locală. Cooperativele sanitare urmăreau deci la început obiective exclusiv din domeniul medicinei curative, căutând a completa insuficienţele organizării sanitare de Stat, care nu putea asigura populaţiei rurale nici asistenţa medicală elementară.

Mai târziu şi pe măsură ce cooperativele sanitare au luat o desvoltare mai importantă, s'au adăugat la scopurile iniţiale şi preocupări de ordin preventiv, prin anumite lucrări de sanitaţie; propagandă sanitară, prin afişe şi broşuri şi prin educaţie sanitară făcută în cadrele unor şcoli ţărăneşti organizate de către cooperative.

Pentru ca o cooperativă sanitară să poată lua fiinţă se cere un număr minim de 200 membri cotizanţi. Membrii cotizanţi sunt în majoritate capi de familie şi plătesc odată pentru totdeauna la admiterea

în cooperativă o taxă de înscriere, variind după localitate între 20—30 dinari, această sumă formând fondul de bază şi inatacabil al cooperativei. In afară de aceasta membrii înscrişi mai plătesc încă o cotizaţie lunară, care tarăşi diferă după localităţi şi este socotită fie pe cap de familie, fie pe numărul membrilor majori din fiecare familie. Aceasta cotizaţie este în medie de 5 dinari pe lună.

In schimbul acestor cotizaţiuni, membrii cooperativei primesc în unele părţi asistenţă medicală complet gratuită atât pentru ei, cât şi pentru membrii de familie, iar în alte părţi primesc asistenţa medicală necesară contra unui onorar foarte redus şi fixat de conducerea cooperativei. In acelaşi timp, membrii şi familiile lor, primesc medicamentele necesare din farmacia cooperativei cu o reducere de 10—30% faţă de taxa oficială, iar acolo unde cooperativele nu dispun de farmacii proprii, s'au făcut convenţii cu farmaciile publice locale, acordându-se pentru membrii înscrişi o reducere de 30% la produsele galenice şi 10% la specialităţi. La unele cooperative se mai încasează o mică taxă pentru folosirea băilor şi o taxă redusă zilnică pentru bolnavii internaţi pentru tratament în Casa de sănătate a cooperativei.

Sumele care se realizează din taxele de consultaţiuni, tratament şi băi, precum şi beneficiul realizat din vânzarea medicamentelor se administrează prin cooperativă şi se repartizează după o anumită cheie între medic şi cooperativă.

Cooperativele sanitare se alimentează deci: din cotizaţiile membrilor, din veniturile proprii realizate din taxele de consultaţii, băi şi tratamente, precum şi din subvenţiile pe care le primesc fie dela autorităţile locale (Banovine), fie dela Stat prin Institutul Central de Igienă din Belgrad. Subvenţiile din partea autorităţilor se acordă de obiceiu la înfiinţarea cooperativei, în formă de împrumut, pentru a facilita construcţia localurilor necesare şi pentru lucrări de sanitaţie executate în cadrele cooperativei. Deşi aceste sume au fost date cu titlu de împrumut, autorităţile, în cele mai multe cazuri, renunţă la replătirea lor, încurajând prin aceasta iniţiativa locală.

Iniţiativa luată de Doctorul Gavrilo Hoyer în anul 1921 a fost bine primită cu deosebire în satele din vechea Sârbie şi astfel în anul 1923 funcţionau deja 10 cooperative constituite având 5049 membrii cotizanţi şi 6432 membrii participanţi. In anul 1928 numărul cooperativelor sanitare se urcă la 43, iar în 1934 funcţionează 109 cooperative sanitare constituite cu 44.933 gospodării rurale şi 60.000 participanţi. Aceasta cifră în anul 1936 s'a urcat la 115 cooperative cu 57.450 gospodării rurale şi 62.116 membrii participanţi.

Personalul cooperativei.

Cooperativele sanitare jugoslave sunt organizate după normele legii speciale din 1930, fiecare cooperativă având în frunte un comitet format dintre membrii cooperatori. Biroul este format dintr'un președinte, care îndeplinește funcțiunea în mod onorific și un secretar, care conduce contabilitatea instituției și este remunerat pentru aceasta cu un mic salar lunar din partea cooperativei. (100—600 dinari pe lună). Conducerea cooperativei este autonomă și lucrează în baza unui buget votat de adunarea generală.

Cooperativele dispun de un medic permanent angajat cu contract și care primește un salariu fix de 2000—3500 dinari pe lună, plus cota ce revine din taxele de consultațiuni și tratamente. In afară de aceasta medicul mai primește în mod gratuit dela cooperativă: locuință, luminat și încălzit, iar în caz de deplasare pentru vizite, i se mai plătește din partea bolnavilor o taxă în plus, după mărimea distanței și orele petrecute cu deplasarea. Medicul este liber a da consultațiuni și a face tratamente cu plată și populațiunei neînscrisă în cooperativă, chiar în localul instituției, însă după un tarif mai urcat fixat de conducerea cooperativei. Din aceste taxe medicul primește 50%, restul vărsându-se în folosul cooperativei.

In afară de medic, cooperativele mai dispun de câte o soră de ocrotire sau soră infirmieră și de un om de serviciu. Tot acest personal este salariat de cooperative.

Personalul sanitar deservește o populație cooperatorie de cel puțin 200 membrii capi de familie, fie dintr'o singură comună, fie chiar din mai multe comune învecinate.

In unele comune cooperativa sanitară este singura organizare sanitară care există și activează, în altele, funcționează paralel și un medic comunal sau districtual, deservind o populație de 30.000—50.000 de locuitori. Medicii oficiali, pe lângă misiunea lor în domeniul igienei și medicinei preventive, mai au și sarcina de a se îngriji de asistența medicală a populației lipsită de mijloace și neînscrisă în cooperativele sanitare. In unele localități medicul oficial îndeplinește în același timp și funcția de medic al cooperativei sanitare locale, fiind angajat cu contract în acest scop.

In acele localități în care pe lângă medicul cooperativei își mai are reședința permanentă și medicul sanitar oficial, fie comunal, fie de district, se ivesc adeseori conflicte de interese, care influențează și anihilează buna funcționare a cooperativei.

Instituţii.

Centrul de activitate al cooperativei sanitare este *Casa de sănătate* (Zdrastavna Zadruga). Aceasta constă dintr'o clădire proprie care pe lângă locuinţa medicului cuprinde în general: o farmacie; dispensar medical compus din sală de consultaţii şi sală de aşteptare; o sală pentru conferinţe; una sau mai multe camere pentru băi de putină şi duşuri şi una sau mai multe camere pentru internare de bolnavi necontagioşi. Atât clădirea, cât şi întregul inventar interior este proprietatea cooperativei.

Observăm la acest loc că saloanele de bolnavi sunt numai arareori ocupate, ele nedând randamentul necesar. Internarea în camerele de bolnavi este admisă numai pe seama membrilor înscrişi în cooperative, care plătesc o taxă de internare de 20—40 dinari pe zi, taxă care revine integral cooperativei.

Cooperativele sanitare sunt organizaţiuni autnome, având o conducere aleasă din sânul membrilor şi lucrând în cadrele unui buget votat de adunarea generală. Dela centru primesc numai instrucţiuni şi sugestii de ordin tehnic prin organele de specialitate, iar verificarea gestiunilor financiare a singuraticelor cooperative se face odată în an de către organele centrale.

Cooperativele sanitare jugoslave sunt federalizate într'o centrală cu sediul în Belgrad, numită *Uniunea Cooperativelor sanitare* (Savez), având 2 sucursale una pentru Dalmaţia de Nord cu sediul la Zemunik şi alta pentru partea de Nord a Banovinei — Dunărea, cu sediul la Novi-Sad.

Centrala cooperativelor dispune de personal specializat (medic, veterinar, agronom, contabil-experi); de un depozit de medicamente pentru aprovizionarea farmaciilor proprii; de o revistă de propagandă foarte răspândită în cercurile cooperatorilor, precum şi de un foarte bine asortat depozit cu material de propagandă sanitară. Tot prin intermediul centralei îşi procură singuraticele cooperative instrumentarul medical, mobilierul şi pansamentele necesare.

Centrala dispune de fonduri proprii, care se alimentează din:

a) Taxele de participare ale cooperativelor federalizate, câte 500 de dinari pentru fiecare 100 de membri, plătibile în 5 ani;

b) Câştigurile realizate din vânzarea medicamentelor din depozit, precum şi a instrumentelor şi a materialului de propagandă;

c) Chiria palatului propriu al centralei;

d) Venituri realizate de vânzarea diferitelor formulare, tipărituri, registre etc., către singuraticele cooperative sau particulari;

e) Cotizaţiile anuale ale cooperativelor şi anume câte 1 dinar de fiecare membru înscris;

f) Dobânzile realizate după fondurile proprii depuse la bănci;

g) Donaţii şi subvenţii dela autorităţi. (In anul 1937 Ministerul de Sănătate şi Prevedere Socială a contribuit cu o subvenţie de 500.000 dinari, iar în anii anteriori cu câte 250.000 dinari).

Uniunea cooperativelor sanitare întreţine legături foarte strânse cu centrala cooperativelor agricole şi se urmăreşte în timpul din urmă în mod stăruitor, stabilirea unei colaborări cât mai intime între aceste două ramuri de cooperaţie. Se tinde chiar la o înglobare a cooperativelor sanitare în cele agricole, cu scopul de a se ajunge la o organizaţie economico-socială care să înglobeze toate formele vieţii economice şi sociale rurale. Pentru aceasta, din beneficiul net realizat de cooperativele agricole, se achită o parte sau chiar integral, taxele de participare pentru secţia de cooperativă sanitară.

Activitatea cooperativelor sanitare.

Activitatea cooperativelor sanitare jugoslave se poate împărţi în 2 capitole distincte şi anume: asigurarea unei asistenţe medicale cât mai bune pe seama populaţiei şi aprovizionarea cu medicamente şi pansamente în condiţiuni ieftine, iar pe de altă parte o activitate încă nesistematizată pe teren preventiv.

Partea curativă este satisfăcută prin consultaţiile zilnice şi tratamentele care se execută fie la casa de sănătate a cooperativei, fie prin vizite la domiciliul bolnavului. O activitate curativă mai redusă se desfăşoară prin tratamentul care se aplică bolnavilor internaţi în casele de sănătate ale cooperativelor. Un ajutor efectiv foarte preţios se acordă membrilor prin acordarea de medicamente cu preţ redus.

Pe teren preventiv a început în timpul din urmă o activitate destul de serioasă prin organizarea de cursuri regulate pentru tineret în cadrele cooperativei, cursuri care au durata de 2—3 luni. In aceste cursuri în afară de programul teoretic compus din: geografie, gramatică, economie, igienă umană şi veterinară, — se dă o atenţiune deosebite demonstraţiilor practice din domeniul: viticulturei, puericulturei, prim ajutor în caz de accidente, bucătărie şi îngrijirea bolnavilor. La sfârşitul cursurilor care sunt gratuite, elevilor li se dau diferite teme practice cu privire la asanări în gospodăria proprie. Executarea lucrărilor se controlează de către o comisiune şi în cadrele unor festivităţi împreunate cu expoziţie, cele mai bune

lucrări se premiază cu obiecte de utilitate în gospodărie sau cu diplome de onoare.

Tineretul, pe sexe, este organizat aparte în cadrele cooperativelor, primind prin intermediul organizației proprii, o serioasă educație în domeniul igienei.

Tot în cadrul cooperativelor se țin în anumite zile conferințe publice de popularizare cu subiecte din igienă și medicină, atât pentru tineret, cât și pentru adulți. Propaganda sanitară are la îndemână o foarte frumoasă serie de planșe și afișe de propagandă, precum și numeroase broșuri de popularizare editate de Uniune, sau de secția de propagandă a Școlii Superioare de Educație dela Zagreb.

Am vizitat un număr important din cooperativele sanitare care funcționează de prezent și am putut constata că ele deși nu se deosebesc ca structură și ideologie, totuși sunt foarte diferite în ceea ce privește dimensiunile și activitatea care se depune. Există cooperative cu abia 200 membrii, având totuși un medic și o infirmieră în serviciul lor și desvoltând o frumoasă activitate mai ales pe teren curativ. In acelaș timp însă, există cooperative sanitare cu 3000 membrii, având 2 medici angajați, personal auxiliar mai numeros, secție de spital și chiar sală de operație bine înzestrată și unde pe lângă preocupările de ordin curativ se desfășoară și o remarcabilă activitate pe teren preventiv. (Backa-Dobro Polje). Experiența a reușit pe deplin în regiunile unde exista de mai înainte o mișcare cooperatistă agricolă și unde organele de Stat nu au împiedecat, ci au ajutat inițiativa particulară (vechea Sârbie) și nu a reușit de loc sau numai parțial, în regiunile care nu întruneau aceste condițiuni (Dalmația de Sud, Croația).

Concluzii.

1. *Cooperativele sanitare rurale din Jugoslavia au luat naștere dintr'o necesitate a mediului local unde mai înainte lipsea aproape cu desăvârșire orice organizație sanitară rurală. Cooperativele sanitare completează într'un mod fericit organizația sanitară de Stat, având avantajul că menține nealterată inițiativa locală față de problemele sanitare și crează un sentiment de răspundere și o conștiință cetățenească a populației față de aceste probleme.*

2. *Cooperativele sanitare au reușit și s'au desvoltat acolo unde existau condițiuni prielnice și unde autoritățile locale și Statul a sprijinit inițiativa luată printr'un larg concurs de ordin moral și uneori*

printr'un modest ajutor material. O condiție a reușitei este ca în comunele de reședință a cooperativelor să nu se suprapună o organizație sau un organ de stat cu atribuții de medicină curativă.

3. Activitatea cooperativelor se manifestă în special în domeniul medicinei curative, aceasta fiind și explicația reușitei și desvoltării lor în anumite regiuni. Acțiunea de medicină preventivă s'a înscris ulterior în programul de lucru al cooperativelor sub forma de propagandă, educație sanitară, etc. și rareori prin acțiuni sistematice.

4. Prin crearea de cooperative sanitare rurale Statul este descărcat de o serie de îndatoriri de ordin curativ, realizând în același timp prin aceasta, însemnate economii bugetare.

5. Socotim totuși că, sistemul de organizare sanitară bazat pe cooperative, deocamdată, nu poate înlocui integral organizația de Stat, decât în domeniul medicinei curative și numai în regiunile care dispun de condițiuni prielnice pentru desvoltarea lor.

6. Sistemul se poate introduce numai după o temeinică pregătire prealabilă a terenului și numai în regiunile cu o stare materială și culturală mai avansată. In faza de inițiere cooperativele sanitare nu se pot lipsi nici de îndrumarea tehnică și nici de ajutorul moral și material al organelor de Stat.

7. Socotim că sistemul cooperativelor sanitare se poate introduce și în anumite regiuni ale țării noastre și propunem ca Ministerul Sănătății și autoritățile locale să sprijinească înființarea lor, dând curs inițiativelor locale care prezintă suficiente garanții.

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ȘI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROȘCA
SIBIU, STR. TRIBUNEI Nr. 10—12

Un an de activitate la secţia de pediatrie şi puericultură a Ambulatorului Policlinic Braşov.

de Medic primar **Dr. E. Dorca.**

Activitatea secţiei de pediatrie şi puericultură de pe lângă Ambulatorul Policlinic din Braşov, în decursul anului trecut, arată o frumoasă creştere progresivă. Ea se poate împărţi în două faze, după cum conducerea acestei secţii a suferit în decursul acestui an, o schimbare de titular. Prima fază se termină cu luna Aprilie în care timp secţia a fost condusă de dl Dr. Vaber şi a doua fază cu începerea lunei Mai, când autorul acestui articol a fost încredinţat cu conducerea secţiei. E de remarcat aceasta schimbare, deoarece ea se evidenţiază şi din statisticele pe cari am ocazie să le public. Până când sub conducerea trecută, înregistrarea copiilor se făcea pe o perioadă mai mare, urmărid copilul sub o singură înregistrare până la etatea de 5 ani, subsemnatul înregistrez o singură dată fiecare copil pe o perioadă de un an de zile. In felul acesta, am uşurat partea administrativă a secţiei, permiţând a avea şi o privire generală mai proaspătă asupra copiilor prezentaţi.

Cu începerea lunei lunie, o nouă modificare a fost introdusă. Având în vedere că în acelaş edificiu funcţionează şi consultaţiile de puericultură a soc. „Principele Mircea“ (de 2 ori pe săptămână) cu un compartiment mai mare şi mai adecvat cerinţelor primordiale în materie de pediatrie şi puericultură; preluând şi conducerea medicală a acestei societăţi, am unit aceste două servicii, rămânând în general de 2 ori pe săptămână consultaţiuni mai mult pentru copii din prima vârstă. Cu timpul însă publicul, care ne cercetează, s'a obişnuit a numai ţine cont de aceasta. De prezent vin copiii pentru consultaţii medicale sau numai sfaturi medicale, sau control, în orice zi din săptămână; acomodându-se mai mult după momentul de necesitate sau după timpul liber de care dispune părintele.

Statistica prezentă nu este încărcată de marele număr al copiilor sănătoşi, cari ne cercetează pentru sfaturi sau control al desvoltărei

lor. Având în vedere că Soc. „Principele Mircea“ conduce registre separate cu formularele obicinute, registrele ambulatorului — din cari a fost scoasă prezenta statistică, nu conţin decât numărul copiilor prezentaţi bolnavi şi cari au reclamat ajutorul nostru medical.

In decursul anului 1936 au fost consultaţi 2520 copii bolnavi dintre cari 1277 (50,7%) băieţi şi 1243 (49,3%) fete. Numărul consultaţiunilor medicale date în decursul acestui an au fost 3544, din care băieţi 1827, iar fete 1717. Numărul bolnavilor, judecând după sex e aproape normal, având o oarecare superioritate cifra sexului masculin.

Mişcarea bolnavilor pe luni.

Luna	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	Total
Băieţi	44	40	60	24	76	103	214	213	135	130	134	104	1277
Fete	41	29	66	25	56	126	191	168	131	131	169	110	1243
Cons.	17	12	24	7	27	70	124	183	177	139	108	133	1020
Total	102	81	150	56	159	299	529	563	443	400	411	347	3540

O oscilaţie mai mare se vede dacă analizăm statistica după lunile anului. Cei mai mulţi bolnavi au fost în lunile de vară rămânând un număr destul de mare şi pentru lunile de larnă.

Mişcarea bolnavilor după etate

Ani	0—2	2—6	6—12	12	Total
Băieţi	753	219	220	85	1277
Fete	677	270	216	80	1243
Total	1430	489	436	165	2520

Din statistica Nr. 2 se observă, că cei mai mulţi copii bolnavi au fost din primă copilărie adică dela 0 la 2 ani. Cu cât creşte etatea, vedem că numărul copiilor bolnavi scade. Dela 1430 copii bolnavi din prima copilărie ajungem la 165 copii bolnavi dela 12 ani în sus. In

procente va fi: 0—2 ani = 56,74%; 2—6 ani = 19,4%; 6 - 12 ani = 17,3%; 12 ani în sus: 6,55%.

Clasificarea bolnavilor după maladii am făcut-o în limita posibilităţilor. Mijloacele de investigaţie, ne-au rămas mai mult cele clinice, deşi am insistat în limita împrejurărilor să ne confirmăm diagnosticul şi cu examene de laborator biologice şi de Roentgen. Totuşi nu la toate cazurile s'au putut face diagnoze precise aşa că datele înşirate prezintă diagnostice mai mult clinice. Reacţiile de tuberculină s'au făcut în limita timpului şi materialului avut, iar controlul la Roentgen, în limita bunăvoinţei secţiei de Radiologie de pe lângă Spitalul Mărzescu din localitate. Probele de laborator s'au făcut la Laboratorul de Igienă care ne-a dat un larg ajutor.

În decursul anului am avut în total 161 boli contagioase, ceea ce reprezintă un procent de 6,39% faţă de numărul total de copii bolnavi. Repartizarea pe etate şi luni se vede din statistica Nr. III.

Boli contagioase

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2					1	1		6	6		3	3		1	1	5	1	6	11	10	21	7	1	8	2	2	4	1	1	2	3	3	6	4	4	8	66
2—6	1	2	3	2		2	3	9	12		1	1	6	2	8	3	8	11	6	10	16		1	1		1	1					2	2	1	1	2	59
6—12				1		1	1	2	3	1		1	4	1	5		3	3	4	1	5	4	1	5					1	1		1	1	3	1	4	29
12								1	1		1	1	1		1		3	3													1	1				7
Total	1	2	3	3	1	4	4	18	22	1	5	6	11	4	15	8	15	23	21	21	42	11	3	14	2	3	5	1	2	3	3	7	10	8	6	14	161

Numărul de bolnavi cel mai mare este în prima copilărie, apoi scade treptat.

Sifilisul congenital ne-a dat un procent de 2,5% din totalul de bolnavi.

Sifilis cong.

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2		1	1					2	2		3	3		3	3	1		1	6		6	3	2	5	2		2	1	1	2	1	1	2					27
2—6														1	1					4	4				1	1	2	1		1		4	4		1	1	13
6—12	1		1														1	1	2	1	3	1	1	2					1	1	2	4	6	2		2	16
12													2	1	3	1		1	1		1	1		1				1		1							7
Total	1	1	2					2	2		3	3	2	5	7	2	1	3	9	5	14	5	3	8	3	1	4	3	2	5	3	9	12	2	1	3	63

Reacţiile Wassermann, s'au făcut la toţi cari au prezentat semne suspecte de sifilis. Au rămas fără această reacţie numai aceia, cari

fie din frică, fie din alte motive s'au retras ne mai prezentându-se la vizită. La fel tratamentul s'a introdus la toți cari l-au acceptat. La cei cari au refuzat tratamentul cu injecții, le-a fost prescris pe o scară mare „Epirocid"-ul sau altă medicație pe cale orală. In total s'au făcut 41 de reacții Wassermann. Inj. de Neo la 16 băieți și 22 fete, iar de Bismut la 14 băieți și 21 fete.

Tuberculoză în general a prezentat un procent de 1,86%. Au fost 47 cazuri cu repartizarea ce se vede în statistica Nr. V.

Tuberculoză

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2				1	1	2	1		1		1	1							1		1	2		2	2	4	6					1	1				14
2—6								1	1	1	1	2														1	1								1	1	5
6—12	1		1	1	1	2	5	1	6								3	3				1		1		3	3	2		2	3	1	4	1	1	2	24
12											1	1													2		2		1	1							4
Total	1		1	2	2	4	6	2	8	1	3	4					3	3	1		1	3		3	4	8	12	2	1	3	3	2	5	1	2	3	47

Adenopatia tracheo-bronchică prezintă un număr destul de mare. In total 149 cazuri, deci 5,9% din totalul bolnavilor. Repartizată pe etate, cel mai mare număr este la vârsta cea mai înaintată. Deși pare că cifra celor cu adenopatie, e mai mare în prima vârstă, dacă calculăm procentul, vedem că ea crește treptat și anume: la 6—12 ani = 9,15%, la 12 ani = 13,3%

Adenopatie tracheobr.

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2													1	4	5		4	4		3	3		3	3		9	9		8	8		12	12		10	10	54
2—6													1	3	4	2	3	5		3	3	1	3	4	2	2	4	2	2	4	1	8	9				33
6—12													2	2	4	7	1	8	3	1	4	2		2	3	3	6	3		3	4	3	7	4	2	6	40
12													6		6	1		1				1	1	2	3		3		2	2	2		2	3	2	5	22
Total													10	9	19	10	9	19	3	7	10	4	7	11	8	14	22	5	12	17	7	23	30	7	14	21	149

Controlul radiologic precum și reacțiile la tuberculină s'au făcut în limita posibilităților, deci nu cu toate cazurile.

Pe lângă tratamentul obișnuit, s'a mai indicat în cazurile potrivite și în timp de iarnă uvioterapia. Dat fiind personalul redus ce-l avem, foarte puține din acestea s'a făcut la Ambulator în mod gratuit.

Imbolnăvirile de gripă au fost în total 174, deci 6,9%. Termenul de gripă este puțin abuziv căci de sigur nu mic a fost numărul bolnavilor de catar sezonier, cari au fost clasificate tot în acest grup.

Şi aici vedem că procentul cel mai mare este în prima copilărie, care înclină mai uşor la maladiile catarale.

Gripă

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2													2	4	6	1	4	5	4	3	7	7	3	10	6	9	15	11	8	19	7	12	19	16	10	26	107
2—6													1	3	4	3	3	6	1	3	4	2	3	5	2	2	4	2	2	4	3	8	11	1		1	39
6—12														2	2	2	1	3	1	1	2					3	3	1		1	3	3	6	2	2	4	21
12																	1	1					1	1					2	2	1		1		2	2	7
Total													3	9	12	6	9	15	6	7	13	9	7	16	8	14	22	14	12	26	14	23	37	19	14	33	174

Gonococitile (vulvovaginite, uretrite gonococice şi oftalmia gonococică) au atins 18 copii, deci 0,71%.

Gonococie

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2					1	1													1	1	2		1	1				1		1							5
2—6		1	1											1	1										1	1											3
6—12		1	1																	1	1		2	2		3	3		1	1		2	2				10
12																																					
Total		2	2		1	1								1	1				1	2	3		3	3		4	4	1	1	2		2	2				18

Un procent destul de mare a fost dat de maladiile de nutriţiune din totalul bolnavilor, 231 au fost clasificeate în acest grup = 9,1%. Prima copilărie reprezintă cel mai mare număr.

Boli de nutriţie.

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2	5	3	8	1	2	3	2	5	7	1		1	6		6	9	5	14	14	20	34	19	13	32	7	6	13	9	10	19	8	16	24	11	11	22	183
2—6	3	1	4	2		2								1	1	4	1	5	3	3	6	2	1	3							2	2	14	1	1	2	27
6—12								2	2				3	1	4		2	2	2		2		1	1								1	1		2	2	13
12								3	3					1	1					2	2				1		1										8
Total	8	4	12	3	2	5	2	10	12	1		1	9	3	12	13	8	21	19	25	44	21	15	36	8	6	14	9	10	19	10	19	29	12	14	26	231

Maladiile aparatului respirator dau un număr total de 431, deci 17,1% din totalul bolnavilor. Observând din statistică repartizarea pe etate vedem că cel mai mare număr îl prezintă copiii din prima vârstă, unde de fapt bolile aparatului respirator sunt foarte frecvente. Numărul îmbolnăvirilor apoi scade treptat, cu cât vârsta creşte, deci se poate vedea un raport invers cu etatea.

Boli ale aparatului respirator

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2	6	4	10	11	2	13	7	3	10	1	1	2	5	1	6	9	12	21	26	17	43	20	12	32	17	10	27	31	18	49	8	12	20	17	17	34	267
2—6	3	2	5	3	3	6	3	1	4	1	1	2	3	1	4	5	7	12	4	10	14	8	6	14	2	2	4	5	5	10	2		2	4	3	7	87
6—12	2	6	8	2	3	5	7	6	13	5	4	9	4	1	5	9	3	12	2	1	3		1	1		2	2	3		3	2	1	3		2	2	66
12					1	1	1	1	2	1	1	2	2		2								1	1				1		1	1		1		1	1	11
Total	11	12	23	16	9	25	18	11	29	8	7	15	14	3	17	23	22	45	32	28	60	28	20	48	19	14	33	40	23	63	13	13	26	21	23	44	431

Dintre toate bolile survenite în decurs de un an, cel mai mare număr îl prezintă, cele ale aparatului digestiv. Dat fiind majoritatea copiilor mici, cari ne-au frecventat, datele din statistica de mai jos, apropie mult realitatea. De fapt am avut 444 bolnavi de felul acesta deci 17,6%, din care majoritatea, 76,3% cade în prima copilărie.

Boli ale aparatului digestiv.

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2	3	4	7	2	3	5	8	3	11	3	1	4	3	2	5	12	9	21	49	33	82	59	47	106	27	13	40	7	14	21	15	12	27	7	3	10	339
2—6	2	1	3	1	2	3	1	2	3	2		2	1	2	3	2	5	7	5	4	9	5	11	16	4	1	5	3	3	6	3	1	4		1	1	62
6—12	2	1	3	1		1	2	2	4	2	1	3				2	2	4	2	1	3		2	2	3	2	5	1		1	1	1	2		2	2	30
12																2		2		1	1	2	3	5				2	1	3	1	1	2				13
Total	7	6	13	4	5	9	11	7	18	7	2	9	4	4	8	18	16	34	56	39	95	66	63	129	34	16	50	13	18	31	20	15	35	7	6	13	444

In grupul debilităţii s'au grupat toţi bolnavii, cari nu au prezentat nici o leziune organică. Numărul lor cel mai mare cade în perioada şcolară. Având în vedere că materialul nostru face parte în mare majoritate din pătura săracă, acţiunea debilizantă a şcoalei, la aceşti bolnavi, cu o subalimentaţie permanentă, este dovedită pe deplin.

Procentul celor debilitaţi este de 5,7% din totalul bolnavilor. Iar în raport cu etatea: între 6—12 ani = 40,3%; dela 12 ani în sus: 25,5%. La vârsta mai mică, procentul e sensibil micşorat.

Debilitate

Luna	I.			II			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2	1		1	2		2								2	2		1	1	3	2	5	3		3							1		1				15
2—6													1		1	4	3	7	2	2	4	4		4	1	2	3	1	1	2	4	4	8				29
6—12	1		1				1	2	3				3		3	3	7	10	1	4	5	3	3	6	2	3	5	3	4	7	4	4	8	2	2	4	52
12													2		2	2	2	4	6	1	7	10	2	12	1	1	2		1	1	1	3	4	1		1	33
Total	2		2	2		2	1	2	3				6	2	8	9	13	22	12	9	21	20	5	25	4	6	10	4	6	10	10	11	21	3	2	5	129

Boli chirurgicale au fost în total 87 deci 3,4%. Repartizarea pe etate se observă din statistica ce urmează.

Boli chirurgicale

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2	1		1				1		1				2	3	5	1	3	4	3	4	7	3	2	5	4	1	5	3	2	5	3	4	7	4	3	7	47
2—6		1	1				1		1				2		2	2		2	3		3				1	1	2	1		1	1		1				13
6—12		1	1											1	1	1		1	4	2	6	2	1	3	1	1	2	1	1	2	2	1	3	1	2	3	22
12							1		1				1		1					1	1	1		1					1		1							5
Total	1	2	3				3		3				5	4	9	4	3	7	10	7	17	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	5	11	5	5	10	87

Malformaţiuni congenitale au fost 5 (0,19%).

Malformaţii congenitale

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2					1	1																				1	1		1	1							2
2—6											1	1																									2
6—12														1	1																						1
12																																					
Total					1	1					1	1		1	1											1	1		1	1							5

Un mare număr a dat rubrica maladiilor cutanate. In total au fost 238 cazuri (9,4%). Procentul cel mai mare cade în prima copilărie 56,7%, apoi scade treptat cu creşterea vârstei.

Boli de piele

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2	4	2	6	5	1	6	4	1	5	2		2	1	1	2	4	8	12	11	11	22	12	10	22	12	12	24	6	8	14	4	8	12	4	4	8	135
2—6	1	3	4				1	2	3	1	1	2				1		1	1	5	6	3	2	5	4	5	9	4	7	11	5	2	7	1	2	3	51
6—12	3		3		2	2		1	1	1		1	3		3		3	3	5	1	6		2	2	5	5	10	5		5	4		4		1	1	41
12																	2	2		1	1				3	1	4		2	2				2		2	11
Total	8	5	13	5	3	8	5	4	9	4	1	5	4	1	5	5	13	18	17	18	35	15	14	29	24	23	47	15	17	32	13	10	23	7	7	14	238

Bolile de gât, nas şi urechi nu au fost tratate la secţia noastră, având Ambulatorul o secţie de specialitate. La aceasta secţie au fost îndrumate toate cazurile din acest domeniu. Astfel numărul acestor maladii e mult mai mare, decât îl arată prezenta statistică

fiind mulți copii, cari se duceau direct la secția respectivă, fără să mai treacă pe la secția noastră. In total am avut 166 de bolnavi de genul acesta, deci 6,5%. Cel mai mare număr se vede tot în prima copilărie (50%). Cu cât etatea crește îmbolnăvirile de nas, gât și urechi scade.

Nas, gât și urechi

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2				1	1	2	2		2				3	2	5		5	5	9	10	19	7	5	12	3	3	6	3	9	12	10	3	13	5	2	7	83
2—6		2	2	1		1	2	1	3					2	2	2	1	3	2	2	4	1	5	6	3	2	5		1	1	5	5	10		5	5	42
6—12		2	2		2	2	1	2	3								2	2		2	2	2	3	5	2	1	3				1	3	4	1		1	24
12								1	1											3	3		3	3				2	2	4	1	3	4	1	1	2	17
Total		4	4	2	3	5	5	4	9				3	4	7	2	8	10	11	17	28	10	16	26	8	6	14	5	12	17	17	14	31	7	8	15	166

Afecțiuni ale ficatului și splinei au fost în total 16, deci în procent de 0,63%.

Ficat, splină

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	X.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2														1	1		1	1	1		1	2	1	3							5		5	2		2	13
2—6										1		1																1		1	1		1				3
6—12																																					
12																																					
Total										1		1		1	1		1	1	1		1	2	1	3				1		1	6		6	2		2	16

Reumatismul, la bolnavii noștri, a menajat primii 6 ani ai copilăriei. Totalul îmbolnăvirilor a fost de 6, deci un % extrem de redus (0,23%).

Rheumatism

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2																																					
2—6																																					
6—12					1	1													1		1		1	1													3
12							1		1													1		1							1		1				3
Total					1	1	1		1										1		1	1	1	2					-		1		1				6

Maladiile aparatului circular, au dat un număr de 20 (0,79%). In aceasta grupă au fost introduse și cazurile cu naevii vasculari.

Boli ale aparatului circulator (şi naevi vasculari).

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2	1		1	1		1								2	2					1	1				1	1		1							1	1	8
2—6																									1	1		1	1		1	1					3
6—12		1	1													1		1							1	1	1	1	2		1	1					6
12					1	1											1	1					1	1													3
Total	1	1	2	1	1	2								2	2	1	1	2		1	1		1	1	3	3	2	2	4		2	2		1	1	20

Imbolnăvirile de domeniul ureogenital au fost de 37 (1,4%).

Aparatul urogenital

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B	F.	Tot.	
0—2					1	1										4	3	7	2		2	2		2							1		1				13
2—6																1		1	2		2	1		1	1	1						3	3				8
6—12	1		1										1	2	3	2		2				1	1	2	1	1								2	2	11
12														2	2				1	1					2		2										5
Total	1		1		1	1							1	4	5	7	3	10	4	1	5	4	1	5	2	2	4				1	3	4		2	2	37

Iar boli nervoase au fost 33, deci un procent de 1,3%.

Boli nervoase

Luna	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.			IX.			X.			XI.			XII.			Total
Sex.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	
0—2				1		1							1		1				2		2	1		1				1	2	3	2	2	4				12
2—6							1		1				1		1							2		2				1	1	2							6
6—12							1		1																1		1	1	1	2	1	2	3	1	1	2	9
12													1		1	1		1										1	1	2	1	1	2				6
Total				1		1	2		2				3		3	1		1	2		2	3		3	1		1	4	5	9	4	5	9	1	1	2	33

Bolnavii, cari ne-au cercetat în decursul anului trecut, au fost parte din oraşul Braşov, parte din judeţ.

Dau mai jos statistica bolnavilor din judeţ. In total 337 de bolnavi cu domiciliul în judeţ, ceeace face 13,3% din totalul bolnavilor prezentaţi şi 9,5% din totalul consultaţiunilor făcute.

Copii din Județul Brașov

Lunile	0—2			2—6			6—12			12 ani			Total		
	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.	B.	F.	Tot.
Ianuarie	3	3	6	2	1	3	2	1	3				7	5	12
Februarie		1	1	1	3	4	2	3	5				3	7	10
Martie	2	1	3		3	3	2	4	6	3	2	5	7	10	17
Aprilie	1	2	3	1	1	2	2	2	4				4	5	9
Mai	3	3	6	2	6	8	3	3	6		2	2	8	14	22
Iunie	2	8	10	4	4	8	1	10	11	2	3	5	9	25	34
Iulie	21	10	31	5	3	8	4	2	6		2	2	30	17	47
August	36	12	48	12	8	20	7	6	13	2		2	57	26	83
Septemvrie	18	8	26	4	4	8	4	2	6	1	1	2	27	15	42
Octomvrie	7	5	12	3		3	3		3	2	1	3	15	6	21
Noemvrie	8	7	15	3	3	6	3	2	5	3	2	5	17	14	31
Decemvrie	1	1	2	3	1	4		1	1	2		2	6	3	9
	102	61	163	40	37	77	33	36	69	15	13	28	190	147	337

Din cele expuse mai sus, putem trage câteva concluziuni. Cel mai mare procent de morbiditate îl dau copii din prima copilărie. Cu cât vârsta creşte, morbiditatea scade. Cele mai frecvente boli la secţia noastră de pediatrie şi puericultură au fost ale aparatului digestiv în primul rând, apoi cele ale aparatului respirator. Urmează apoi, deşi cu un procent mult mai mic, maladiile cutanate şi cele de nutriţiune. Maladiile contagioase, gripă şi bolile de nas, gât şi urechi se pot clasifica din punct de vedere al frecvenţei, abia în al treilea rând.

Sifilisul prezintă un procent mai mare decât cel al tuberculozei în general. Dacă însă, la procentul tuberculozei în general, mai adaugăm şi pe cel al adenopatiilor tracheobronşice, vedem că frecvenţa tuberculozei arată un procent destul de mare.

Aceasta fiind mişcarea bolnavilor în decursul anului trecut, necesitatea secţiei de pediatrie şi puericultură de pe lângă Ambulatorul Policlinic din Braşov este pe deplin justificată. Afluenţa progresivă de bolnavi, ce se observă în anul acesta, impune însă o organizare mai perfectă a pediatriei şi puericulturei. Căci într'adevăr, în afară de aceasta secţie — destul de primitiv organizată şi unde nu se fac decât consultaţiuni şi tratament ambulatoric — municipiul Braşov nu dispune de un spital de copii sau măcar de o secţie spitalicească, unde să se poate interna micii suferinzi. La fel este lipsit acest oraş — a doua capitală a României Mari — şi de un centru pentru ocrotirea copiilor. Aceste două instituţiuni, sunt de o necesitate acută, atât din punct de vedere sanitar, cât şi naţional, trebue să figureze ca puncte capitale în viitorul program sanitar al municipiului şi al judeţului Braşov.

Rezultatele detailate a anchetei medico-socială

din comuna Ighiel, Jud. Alba IX—X. 1936.

Comuna Ighiel se află la 14 km. depărtare de Alba-Iulia, având o aşezare pitorească la poalele munţilor Apuseni. Este situată la o înălţime de 352 m. deasupra nivelului mării, cu o populaţie pur românească. Veniturile comunei sunt reduse din cauza pământului arabil puţin, asemenea nici viticultura nici vinicultura nu a putut ajunge la un grad mai ridicat tot din lipsă de teren cultivabil. Populaţia se mai ocupă şi cu oieritul şi cu lemnăritul. Nivelul cultural este mai scăzut decât în media comunelor din acest judeţ.

Ancheta s'a executat în 5 Duminecî consecutive din lunile Septemvrie—Octomvrie 1936 de un medic ajutat de soţia sa.

Numărul total al locuitorilor este 897 (178 familii, cari locuesc în 155 case), dintre cari s'au examinat 576 adică 64.2% din populaţia totală. Numărul relativ mic de examinări se explică prin numărul mare al celor plecaţi vremelnic din comună pentru căutarea mijloacelor de traiu

Constatări de ordin general.

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 11 cazuri (6.2%), mediocră în 51 cazuri (28.6%) şi rea în 116 cazuri (65.2%). Interiorul caselor în general lasă mult de dorit. Majoritatea caselor sunt construite din lemn (86%) şi numai o parte mică din piatră (14%). Casele vechi de înainte de războiul mondial sunt de regulă întunecoase, umede şi cu pate acoperite. Casele de după războiu au un aspect cu mult mai frumos şi mai sănătos, sunt mai spaţioase şi mai luminoase.

17 locuinţe au o singură cameră de locuit cu 77 persoane, deci media de 4.5 persoană pe cameră.

131 locuinţe au 2 camere de locuit cu 674 persoane, deci media 5.1 persoane pe cameră.

30 locuinţe sunt cu 3 camere de locuit cu un total de 146 persoane şi o medie de 4.8 persoane pe cameră. Casele cu 4 şi 5 camere fiind în număr mic nu le trecem în statistica noastră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg ne dă următoarele:

Grupul 0—14 ani 326 persoane 36.3%
„ 15—49 „ 405 „ 44.5%
„ 50 ani în sus 166 „ 19.2%

adică populaţia Ighiului aparţine tipului staţionar cu o tendinţă spre tipul progresiv.

La data anchetei se aflau în comună 4 persoane trecute peste vârsta de 80 ani.

Constatări de ordin medical.

Dintre cele 576 persoane examinate 415 (72%) au fost găsite sănătoase şi 161 (28%) cu diferite maladii. Cazuri de Tuberculoză au fost găsite 27, dintre cari 15 forme pulmonare, 3 forme osoase şi 9 ganglionare. Sifilisul a fost depistat în 3 cazuri. Sifilis latent. Probe de sânge pentru reacţia B. Wassermann s'au luat 18, cu rezultat pozitiv 3 şi 15 negativ.

Tumori maligne (epitelioma buzelor) s'au aflat 2 cazuri, de malarie s'a găsit 3.

Afecţiuni ale aparatului respirator am aflat 7 cazuri. Afecţiuni ale aparatului circulator 5, dintre cari 3 organice şi 2 funcţionale.

Afecţiuni ale organelor abdominale am aflat în total 26 cazuri, dintre cari gastrice 15, intestinale 9 şi hepatice 2. Afecţiuni ale sistemului urogenital am aflat 7 cazuri, sistemului nervos 3, cutanate 13, venerice 5, de nas, gât şi urechi 3.

Am constatat 21 cazuri de reumatism, 3 cazuri de hernie.

Am aflat 21 guşaţi, 2 cretini şi 7 surdo-muţi.

Am aflat 3 invalizi de războiu.

Medicamente nu s'au distribuit.

Cheltuelile anchetei s'au urcat la suma de 840 Lei, deci 1.5 Lei pe cap de locuitor examinat.

Alba-Iulia, la 26 Martie 1937.

Medic Şef.
Dr. Fleischer.

Expunerea dlui Prof. Minovici la şedinţa comună a Comitetului Asociaţiei cu Consiliul Colegiului Ilfov, privitor la deontologia medicală.

Oriunde o reuniune de oameni s'a format, acolo imediat a apărut şi o reglementaţie disciplinară pentrucă nu toate faptele comise de vreunul din membrii ei sunt pasibile de Codul Penal, ci multe priveşte numai corporaţia. Disciplina e totalitatea regulelor după care se cârmueşte o grupare de oameni, cu scopul de a menţine demnitatea acelui corp şi a asigura încrederea publică.

Niciodată mai mult ca azi nu s'a simţit nevoia de a reprima toate aceste abateri şi de a căuta a le îndrepta. Vina a fost adesea şi a autorităţilor în drept chemate să vegheze nu numai la conservarea sănătăţii publice dar şi la ferirea prestigiului medicinei de orice atingere compromiţătoare şi care exploatează prostia omenească; aceasta şi din cauză că foarte greu şi foarte rar se pune în mişcare aparatul de control şi de represiune a fraudelor din practica medicală. E ruşinos azi de a vedea medici cari caută a se face cunoscuţi mai mult printr'o reclamă puţin ştiinţifică, făcută prin toate Vespasianele din oraş, decât prin cunoştinţele şi practica sa medicală.

Medicina cea veche înconjurată de misticism, obscură, fără posibilitatea de azi de a pune diagnosticul, fără o terapeutică vastă ca cea actuală, dacă lăsa de dorit, avea însă bunul lucru că pe timpul ei medicul era respectat, azi, din contră medicina a ajuns un apogeu foarte sus, iar noi medicii am căzut cât de jos, am pierdut prestigiul.

Dacă în trecut medicul nu vindeca pe toţi bolnavii săi şi se întâmpla să moară vreunul, cei din jurul mortului ziceau că medicul a făcut, săracul de el, tot ce a putut şi plângea împreună cu el insuccesul medical, azi se pretinde de unii că vindecă toate boalele, iar responsabilitatea îi urmăreşte pas cu pas.

Sfaturile pentru vindecare date de profani cari nu sunt medici, cele date prin cărţile vegetarienilor, ale naturaliştitor, precum şi ale altor remedii comerciale şi care asigură vindecarea boalelor, au făcut după spusa unor medici savanţi, mai mult rău umanităţii, decât cele mai rele epidemii.

Trebue a şti publicul că numai medicul poate cunoaşte medicina şi aceasta numai după un număr de ani de practică şi de studii foarte întinse. Din cauza lipsei de control serios al practicei medicale, am ajuns azi unde suntem, căci acolo unde este multă libertate, zicea Schiller, este şi multă rătăcire.

Pentru a preveni toate acestea, corpul medical a simţit nevoia de a creia Colegiul Medical, spre a reprima aceste abateri şi a menţine demnitatea noastră profesională, căci pe lângă o responsabilitate juridică există şi o responsabilitate morală, care cuprinde abaterile de ordin deontologic dela principiile de etică, care priveşte demnitatea medicală. Azi constatăm cu mâhnire o călcare din ce în ce mai mare a legilor onoarei şi a demnităţii profesionale. E o tendinţă care merge pe o pantă alunecoasă şi care caută de a transforma profesiunea noastră liberă într'una comercială sau industrială. E un val de imoralitate care se abate asupra corpului nostru medical şi care creşte din ce în ce. Numărul medicilor răi, cari nu mai vor să ştie de onoarea profesională, cu care altădată ne făleam, cari exploatează fără ruşine lumea bolnavă, creşte din zi în zi. Avea dreptate Hipocrat când zicea: „Acolo unde e dragoste de aproapele său, este şi dragoste de artă".

Colegialitatea de altă dată aproape nu mai există, gelozia i-a luat locul, încât proverbul latin: Medicus, medico lupus, e la ordinea zilei.

Deaceia e nevoie de a ne debarasa de asemenea colegi, prin stabilirea de texte de legi anume. Mare parte din aceste abateri ale corpului medical sunt de ordin moral. Nu e vorba de crime sau greşeli grave profesionale ci ceiace constatăm, e o slăbire a moralei, deoarece morala noastră a fost, este şi trebue să fie, cu un grad superioară tuturor celorlalte profesiuni. Se impune prin urmare să menţinem profesiunea noastră, care a făcut atâta onoare umanităţii, la înălţimea tradiţiunilor ei de onoare şi care i-a adus gloria şi forţa ei.

Viaţa în comun cu a oamenilor ar fi imposibilă fără morală. Ea urmăreşte pas cu pas fiecare activitate omenească. Ea merge mână în mână pe acelaş drum cu justiţia, impunându-se tuturor anume norme. Deaceia Littré a zis: Morala este ansamblul tuturor

regulelor care guvernează conduita noastră față de noi înșine și față de alții.

Noi medicii deținem în mâinile noastre două din cele mai mari bunuri ale omului: Sănătatea și Viața. Fiecare cetățean are dreptul la Sănătate, pe când dreptul de a vindeca nu-l are decât medicul, și în ceiace privește aplicarea acestui drept, el este însoțit de etica profesională.

Morala privește mai ales corpul medical, morala ridică pe medic până la divinitate. Demnitatea profesiunei medicale cere 2 calități morale: devotament și onestitate, cu alte cuvinte medicul are datoria de a lucra mai bine în interesul bolnavului uitându se pe sine și renunțând la interesele lui profesionale. Devotamentul e uitarea de sine, e iubirea aproapelui, fără nici o recompensă alta decât aceia pe care o aduce binele cu el. El e în slujba tuturor și-și expune viața pentru a scăpa pe a altora.

Etica medicală e bazată pe cinstea profesională, cinstea științifică, discreție, exactitate, devotament, dezinteres, dragoste față de semeni, indulgență față de alții și severitate față de tine însuți. Care altă profesiune ca cea medicală mai cere atâtea condițiuni morale? Era și natural de a i se cere atâtea condițiuni, când scopul ei e de a scăpa viața sau a ne păstra sănătatea.

Posibilitatea de a greși în medicină este mare, chiar supus restricțiunilor morale și judiciare. Medicul nu poate evita eroarea, în câmpul atât de vast al artei medicale. Toate aceste îndatoriri le găsim în Deontologia medicală, care nu e altceva decât morala medicului, e codul manierelor după care el trebue a se conduce, e ansamblul regulelor de conduită a medicului în exercițiul profesiunei sale. Deontologie e prefața medicinei, e oglinda în care se reflectează toate îndatoririle medicului. Deaceea pentru respectarea regulelor Deontologiei, s'au creiat instituții disciplinare morale, cum e Colegiul Medical. Azi se tinde chiar la codificarea și a Deontologiei.

Colegiul Medical e o organizație profesională a Corpului Medical, e un fel de tribunal al nostru și care are sarcina de a: controla practica medicală și a veghea la păstrarea prestigiului Corpului Medical luând măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau sancționarea abaterilor săvârșite prin actele profesionale și de Deontologie. Prin urmare Colegiul Medical are dreptul: 1. A controla practica medicală; 2. A veghea la păstrarea prestigiului; 3. A sancționa abaterile Deontologice și profesionale și 4. A preîntâmpina prin măsuri orice abateri. Nenorocirea a făcut și mai ales imprejurările nu au permis până azi ca aceste atribuțiuni așa de frumoase

să-şi poată ajunge scopul. Deaceea azi ne-am întrunit cu toţii aci, spre a discuta şi a lua o deciziune fermă pentru viitor.

Iată pentru ce apelăm şi noi la toţi colegii, atrăgându-se atenţiunea asupra cuvintelor lui Henry Poincaré, care zicea: un cetăţean, oricare ar fi el, mai mult se ridică prin îndeplinirea datoriilor sale decât prin revendicările drepturilor sale.

Medicina nu mai este azi aceea ştiinţă mistică, obscură, în ceiace priveşte obiectul, întunecoasă în mijloacele ei, adesea inaptă sau nefolositoare în rezultatele ei, plină de erori, de opinii absurde în raport de altfel cu starea generală a ştiinţelor şi cu nivelul intelectual al epocei.

Facultatea, zicea profesorul Brouardel, nu se poate mărgini numai la pregătirea ştiinţifică a medicului ei, ea are datoria să iniţieze pe viitorul medic şi asupra datoriilor şi drepturilor sale.

Nimic nu dă o idee de infinit ca prostia omenească, zicea Renan.

Empiricii şi şarlatanii sunt adevăraţii apaşi ai medicinei, ei sunt nişte cerşetori, cari prin fel de fel de manopere josnice uzurpează şi reputaţia şi profesiunea medicală. Ei vindecă toate boalele, dizolvă piatra dela rinichi şi din băşică, guta, tuberculoza, cancerul, nebunia, face să dispară petele de vărsat, ba fac chiar alb pe un negru. Aceşti indivizi ignoranţi storc bani dela aceşti nenorociţi, fără să-i vindece s'au care rămân într'o stare şi mai rea ca înainte. Ceiace e mai trist, e că nu numai populaţia de jos cade pradă lor ci chiar şi persoane din lumea bună, cari se lasă să fie păcăliţi ca nişte proşti de aceşti piraţi ai bolnavilor.

Chiar în cazul când el nu dă decât simple sfaturi, empiricul vatămă bolnavului, prin aceea că-l face să neglijeze consultaţia unui medic până în momentul când intervenţia omului de ştiinţă e zădărnicită prin progresele făcute de boală.

Medicul trebue să ştie nu numai ce trebue să facă dar şi ce trebue să nu facă, căci sunt lucruri cari duc la penalităţi cum sunt în special acele ce privesc şarlatanismul, exagerarea diagnosticului, remedii secrete, garantarea vindecărei, etc.

Remediile secrete constituesc un apanaj al şarlatanilor. Şarlatanismul a devenit azi o industrie medicală pe care Max Simon o înfiereză cu definiţia că ea cere lumei punga sau viaţa, iar lumea îi dă bucuros şi una şi alta, e fapta nu numai a acelora care fără titlu şi fără drept practică medicina, ci e fapta tuturor acelora care exercită medicina în disprețul regulilor profesiunei.

E considerată exerocherie şi faptul de a da consultaţiuni medicale prin corespondenţe, broşuri, etc. Totdeauna în cadrul şarlatanismului intră şi doctori cari vor să se facă cunoscuţi mai mult prin reclamele puţin demne de un om de ştiinţă făcută prin toate vespasianele în loc de a se ilustra prin cunoştinţele şi practica sa medicală.

Pentru a pune frâu împotriva actelor care constitue o pângărire a medicinei, nu vedem alt remediu, zice profesor Mina Minovici, decât organizarea unui control sever al exerciţiului profesiunei, control al cărei eficacitate s'ar putea obţine numai cu concursul unui organ competent şi cu autoritatea indiscutabilă, cum ar fi aceia a Ministerului Sănătăţii la care noi azi am mai adăugat şi pe aceia a Asociaţiei generale a medicilor, a Parchetului şi Serviciului Sanitar al Capitalei.

Dacă represiunea nu suprimă răul, nu e motiv de a renunţa şi a spune să e treaba poliţiei să apere publicul slab împotriva acestor cavaleri de industrie. E timpul de a căuta să ne debarasăm de cei care ne compromit.

Marile opere sunt totdeauna demne de mari eforturi! Vom repeta colegilor noştri cinstiţi: nu pierdeţi din vedere scopul ce-l urmărim şi lucraţi.

Totdeauna am considerat lupta în această criză medicală în care ne sbatem, ca o operă de solidaritate socială şi noi nu vedem în această luptă decât o datorie socială. Chiar dacă începutul ni se pare greu şi că presupunem că propovăduim în deşert, noi nu trebue a ne pierde curajul, căci e mai preferabil de a semăna cu lacrimi şi de a recolta cu cântec de bucurie, decât a aştepta încet ca să zicem apoi că e prea târziu. O reformă ca aceasta nu se face în scurt timp, schimbările unei astfel de situaţii necesită un timp cu mult mai mare. Nu e destul că cu toţii ne dăm seamă de marea importanţă a acelei lupte, ci după cum a spus Gött: nu e destul *de a şti* ci trebue *a aplica;* nu e destul *a voi* ci trebue *a acţiona.* De aceia dacă nu sperăm în curăţarea definitivă a corpului medical de oile râioase care îl compromit, totuşi am câştiga dacă s'ar obţine o împuţinare a elementelor corespunzătoare. E singurul mijloc de a vindeca boala pe care Sarcey a numit-o *Reclamită.* Nu numai la noi în ţară din nenorocire s'a întâmplat această stare de plâns a corpului medical, chiar în prezent nu mai puţin Franţa, caută de a pune şi ea la punct această calamitate. Astfel adunarea generală a Societăţii de medicină din Paris a votat următoarea moţiune relativ la publicitatea medicală, rugând pe membrii săi: 1. de a se abţine

dela orice fel de reclamă, fie deghizată, către marele public (conferinţe, prospecte, radio, cinematograf, etc.); 2. să nu mai acorde colaborarea lor jurnalelor sau revistelor, care nu se adresează exclusiv corpului medical (cu excepţia cronicarilor medicali ai jurnalelor de informaţii); dar şi aceştia sunt invitaţi să se mărginească la chestiuni de higienă generală sau socială, excluzând terapeutica. Dar ceiace e mai important e că chiar Ministrul Sănătăţii Publice, Sallier, într'o cuvântare ţinută recent la confederaţia sindicatelor medicale din Franţa s'a ridicat cu toată vehemenţa contra reclamei farmaceutice şi medicale în jurnalele nespecializate numind o „cea mai detemută formă a şarlatanismului din timpul de faţă". Reclame de acest fel spune Ministrul reprezintă mai multe miliarde stoarse dela nenorociţii suferinzi, fapte ce sunt calificate de *codul penal* drept escrocherie.

La ele se adaogă atâtea consultaţii gratuite, date publicului naiv şi ignorant, cu scopul unic de a-l face să cumpere cutare sau cutare remediu „infailibil". Pentru a curma cu acest scandal Ministrul anunţă o serie întreagă de măsuri legislative, ţinând seama în limita posibilului de interesele presei, ale sănătăţii publice si ale corpului medical.

Să sperăm că azi cel puţin Asociaţia, după ce s'a convins de răul imens ce i-la adus trecutul, se va arăta mai geloasă de bunul ei renume şi de apărarea drepturilor sale firesti şi indescriptibile. Incercările dureroase din trecut să folosească celor prezenţi care au răspunderea destinului corpului medical şi să deschidă lupta, dând alarma.

Revista cărţilor.

Prof. Dr. Al. Slătineanu, Prof. Dr. I. Bălteanu şi Conf. Dr. I. Alexa: **Plasa Sanitară Rurală de demonstraţie Tomeşti. 5 ani de activitate.** Iaşi 1936. Institutul de Arte Grafice „Bravo".

Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Iaşi publică într'un elegant volum de 256 pagini raportul detaliat al activităţii depuse şi a rezultatelor dobândite în primii 5 ani de existenţă a Plăşii sanitare-model din Tomeşti.

In capitolul „Organizarea sanitară" ni se înfăţişează actuala organizare de care dispune Plasa Tomeşti după îndelungatele eforturi depuse de conducătorii ei. Rezultatele dobândite pe acest teren sunt remarcabile, dacă socotim situaţia primitivă din 1930 când s'a început organizarea şi când plasa dispunea de abia 3 circumscripţii sanitare rurale şi un singur dispensar adăpostit într'o cameră fără de nici un comfort. Astăzi, Plasa dispune de cinci circumscripţii sanitare cu 5 medici de circumscripţie, 1 medic igienist delegat, 11 surori de ocrotire, 14 agenţi sanitari, 11 moaşe, 1 medic malariolog, 1 medic entomolog, 1 medic microscopist, iar ca instituţii dispune de: 1 Casă de ocrotire centrală, 10 dispensarii fixe, 10 băi populare, 1 staţiune de malarie şi 1 centru de studii asupra pelagrei.

Intreg personalul medical şi sanitar auxiliar lucrează după criterii ştiinţifice fixate în programe săptămânale, iar instituţiile satisfac atât cerinţele de ordin curativ cât, şi cele de ordin preventiv. O bună parte a activităţii personalului sanitar se depune în domeniul medicinei preventive, care înainte de organizarea Plăşii era într'o fază cu totul primitivă.

In capitolul „Situaţiei demografice" ni se arată evoluţia principalelor fenomene demografice din ultimii ani. Din aceste date se constată că deşi *natalitatea* din Plasă este într'o lentă *scădere* şi anume dela 48,9‰, media anilor 1925—1930, la 44,36‰, cât este media anilor 1930—1934, totuşi natalitatea din Plasa de demonstraţie Tomeşti este mult superioară mediei generale din mediul rural pe ţară şi superioară chiar mediei din comunele rurale ale judeţului Iaşi.

Deşi condiţiunile economice şi culturale din plasă sunt dintre cele mai grele, totuşi, prin activitatea depusă de organele serviciului sanitar s'a putut ajunge la o ameliorare a cifrei de *mortalitate generală* în primii 5 ani de activitate. Mortalitatea generală din Plasa Tomeşti a scăzut dela cifra de 24,80‰ cât era în 1929, la 19,72‰, în 1934, în acelaşi an mortalitatea generală a judeţului Iaşi fiind de 30,7‰.

Într'un mod mai pronunţat s'a redus însă *mortalitatea infantilă*, care a scăzut dela 21.47% cât era în 1929, la 15.74% în anul 1934, în acelaşi timp mortalitatea infantilă a judetului Iaşi fiind de 20,7%.

Aceste diferenţe sunt cât se poate de elocvente şi ele demonstrează că prin activitatea depusă în Plasa sanitară Tomeşti s'au putut obţine rezultate pozitive după eforturile primilor 5 ani de organizare.

In capitolul „Bolilor infecto-contagioase" se arată activitatea depusă în acest domeniu, aducându-se preţioase contribuţii pentru rezolvirea acestei importante probleme de sănătate publică din mediul rural.

In capitolul „Bolile sociale" se insistă pe larg asupra activităţii depuse pentru combaterea malariei, pelagrei, tuberculozei şi sifilisului, preconizându-se metode noi pentru cunoaşterea şi combaterea raţională a acestor flagele.

In partea de încheiere a cărţii, autorii preconizează o serie de propuneri bine documentate şi interesante pentru promovarea sănătăţii publice din mediul rural.

Cartea Domnilor Prof. Dr. Al. Slătineanu, Dr. I. Bălteanu şi Conf. Dr. I. Alexă este un studiu serios, temeinic şi foarte instructiv asupra problemei sanitare din mediul

rural şi ea are o deosebită utilitate cu deosebire pentru medicii noştri sanitari, care vor găsi o serie de indicaţii tehnice despre felul cum trebue executat serviciul sanitar la ţară. In acelaşi timp volumul Institutului de Igienă din Iaşi ne demonstrează încă odată necesitatea introducerii în organizarea noastră sanitară a unui sistem cât mai vast de medicină preventivă.

Autorii merită toată recunoştinţa noastră pentru acest interesant studiu, pe care îl recomandăm cu căldură atenţiunei tuturor cari se interesează de problemele sănătăţii publice.

Agregat Dr. M. Zolog şi Dr. I. Prodan: **„Plasa sanitară Model Gilău. Raport de activitate pe anii 1931—1936.**

Intr'un raport succint Domnii Dr. M. Zolog şi Dr. I. Prodan arată activitatea depusă în plasa sanitară dela Gilău în ultimii 5 ani, prezentând totodată şi rezultatele care s'au putut obţine în prima perioadă de existenţă a plăşii.

Plasa sanitară Gilău cuprinde 4 circumscripţii sanitare rurale compuse din 26 comune şi având o populaţie probabilă la 1 Ianuarie 1937 de 29.547 locuitori. Plasa se întinde pe o suprafaţă de 838 Km.^{2} cu o densitate mijlocie de 33 locuitori pe 1 Km.^{2} O bună parte a plăşii cuprinde comune situate în munţi (Ţara Moţilor) cu o stare culturală şi economică dintre cele mai precare. Distanţele între comune şi chiar între singuraticele aşezări din aceleaşi comune sunt cât se poate de rele şi rezultatele obţinute trebue privite prin prisma acestor dificultăţi.

Plasa se găseşte sub îndrumarea tehnică a Institutului de Igienă din Cluj şi este condusă de un medic igienist tip *full-time*. Medicul igienist este ajutat de 3 medici de specialitate: un puericultor, un specialist în tuberculoză şi un dentist care sunt angajaţi pe timp limitat pentru consultaţiile de specialitate care se dau populaţiei din plasă. In afară de medici la sediul plasei mai funcţionează o soră de ocrotire conducătoare, un secretar, un agent sanitar şi personalul de serviciu necesar. In cuprinsul plasei mai activează 4 medici de circumscripţie şi 6 surori de ocrotire.

La sediul plasei în Gilău funcţionează o *casă de ocrotire centrală* bine utilată cu tot instrumentarul necesar, iar la sediul circumscripţiilor câte o casă de ocrotire redusă.

In programul de muncă al plasei s'a dat o atenţiune deosebiită problemelor de: ocrotirea mamei şi a copilului; combaterea tuberculozei şi venericilor; combaterea bolilor infecţioase şi lucrărilor de sanitaţie. Consultaţiile la Casele de Ocrotire s'au dat pe specialităţi şi anume: prenatale, sugaci, preşcolari, şcolari, igiena gurei, tuberculoză şi venerii. Numărul consultaţiilor de specialitate au crescut din an în an ajungându-se maximul în anul 1936. Raportul de activitate prezintă o dare de seamă detaliată asupra acestei activităţi. Raportul cuprinde o serie de observaţii şi constatări originale asupra celor mai bune metode de lucru şi evidenţiază avantajiile sistemului de medicină preventivă preconizat în dispoziţiile legii sanitare din 1930.

In ceea ce priveşte *mişcarea populaţiei* din cuprinsul plăşii sanitare Gilău, raportul ne prezintă o serie de date repartizate pe ani şi din comparaţia acestor date se poate evidenţia şi rezultatul obţinut în cei dintâi 5 ani de activitate prin aplicarea pe teren a sistemului preventiv.

In ceea ce priveşte *natalitatea*, în plasa sanitară Gilău se constată acelaşi fenomen ca şi în restul Ardealului şi anume o accentuată şi continuă *scădere*, care a fost mai pronunţată în anul 1934 ajungând la proporţia de 25,8‰.

Mortalitatea generală prezintă de asemenea o *scădere* şi anume dela 21.5‰, media anilor 1925—1930, la 18,7‰, media anilor 1931—36.

Mortalitatea infantilă a scăzut dela media de 19,6% cât a fost în anii 1925—1930, la 16,5% pe anii 1931—36.

Rezultatele primilor 5 ani de activitate în plasa sanitară model Gilău sunt deci

cât se poate de concludente şi ele dovedesc cu prisosinţă avantajiile sistemului de organizare bazat pe principiul preventiv.

Atât rezultatele obţinute în plasa sanitară model Gilău, cât şi acelea din Plasa dela Tomeşti ne îndreptăţesc a stărui din nou pentru introducerea cât mai urgentă a unui sistem real de medicină preventivă în organizaţia sanitară din mediul rural. Ţinem să observăm încă odată că atât la Gilău, cât şi la Tomeşti condiţiile locale au fost cât se poate de rele, ambele regiuni având o situaţie economică rea şi o stare culturală înapoiată a populaţiunei.

Studiul Domnilor Dr. Zolog şi Dr. Prodan este un document preţios pentru cunoaşterea şi soluţionarea problemei sanitare din mediul nostru rural.

Revista revistelor.

Am primit la redacţie următoarele reviste:

I. *Revista Ştiinţelor medicale,* cu articole semnate de:

1. *Dr. Nicolae Nestorescu:* Consideraţiuni asupra germenilor gangrenoşi şi a injecţiunilor gangrenoase.

2. *Agr. Dr. Dumitrescu-Munte* şi *Dr. Ciorapciu*. Concentraţia clorurului de Sodiu în sputa pneumonicilor.

3. *Dr. I. Radvan* şi *Ştefănescu S.:* Şoc hipoglicemic la efort în ghiopenie spontană.

4. *Dr. Nistor Dumitrescu:* Abort epizootic la bovine. Infecţiune inaparentă la om (?)

5. *I. Gaşpar, Valeriu Georgescu, Ana Gaşpar* şi *C. Teodorescu:* Rezultatele cercetărilor făcute pentru depistarea infecţiunii tuberculoase printre elevii şcoalelor primare.

6. *S. N* şi *M. C.:* Organizarea unui serviciu de profilaxie al leprei.

7. Raport asupra activităţii Institutului de Seruri şi Vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino".

II. Buletin eugenic şi biopolotic cu articole semnate de:

1. *Dr. Petru Râmneanţu:* Starea de nutriţie şi alimentaţia ţăranilor din trei comune a judeţului Caraş.

2. *I. Făcăoaru:* Compoziţia rasială la români, săcui şi unguri.

3. *Dr. Pompiliu Nistor:* Atribuţiile serviciului sanitar judeţean (ale medicului primar judeţean).

4. *Dr. Petru Vlad* şi *Mircea Virgil:* Infecţii ulterioare izolării în scarlatină.

5. *Dr. Corneliu Radu:* Reflexii asupra ierarhiei, recrutării şi atribuţiunilor personalului medical al spitalelor.

6. *Dr. David Petru:* Cercetări asupra inocuităţii anatoxinelor în raport cu albuminuria.

7. *I. Moldovan:* Actualităţi sanitare.

8. *Dr. Petru Râmneanţu:* Rezumat asupra şedinţelor de organizare sanitară ale subsecţiei eugenice şi biopolitice a „Astrei".

III. Revista Ştiinţelor Oto-Rino-Laringologice cu articole semnate de:

1. *Prof. Dr. G. Buzoianu* şi *Dr. B. Csillag:* Polipii comisurii anterioare a corzilor vocale şi extracţiunea lor.

2. *Dr. Dem. O. Vasiliu:* Pneumo-encefalografia totală în diagnosticul leziunilor cerebrale.

3. *Dr. Gabriel Cotul:* Rezecţia subpericondro-mucoasă a septului nasal.

4. *Prof. Dr. G. Buzoianu* şi *Dr. Dorin Ionescu:* Paralizie recurenţială dreaptă revelatoare pentru un cancer esofagian.

5. *Dr. Ştefan Gârbea:* Labirintita-heredosifilitică tardivă cu tabes frust.

6. *Dr. V. Arghir:* Consideraţiuni, asupra unui caz de epistaxis, survenit la un hemofilic.

7. *Dr. Andrei Teodorescu:* Stenoză cicatriciată traheală sifilitică.

IV. Societatea de Psihologie medicală-Sibiu. Buletin Nr. 3, cu articole semnate de:

1. *Dr. I. Stoichiția:* Importanța organizării igienei și profilaxiei mintale.

2. *Doc. Dr. Axente Iancu:* Fenomenul căderii simultane a verucelor și a crustelor variceloase în lumina sugestiei și a imunbiologiei.

3. *Dr. Gregoire Odobesco:* Le caractère et la vie sociale.

4. *Dr. L. Bologa:* Note de Psihologie infantilă.

5. *Dr. Mareș Cahane:* Asupra tratamentului anorexiei mintale.

6. *Dr. G. Preda:* Cadrul Igienei și Profilaxiei mintale.

7. *Dr. I. Popescu-Sibiu:* Aspectul psihologic și social al psihoterapiei.

8. Darea de seamă asupra ședințelor științifice ale Societății de Psihologie medicală-Sibiu.

9. *Dr. G. Preda:* Darea de seamă asupra activității Spitalului de boli mintale și nervoase, Sibiu, anul 1936.

10. Raport despre activitatea dispensarului neuropsihiatric pe anul 1936.

11. *Dr. Liviu Ionașiu:* Darea de seamă asupra activității Ospiciului pentru cronici mintali, Râul-Vadului, jud. Sibiu.

La Cluj a apărut primul număr din *„Revista de Pediatrie și Puericultură"*, organ al Societății de Pediatrie și Puericultură în capitala Ardealului.

Revista se prezintă în bune condițiuni tehnice și ne aduce un foarte bogat material din domentul pediatriei și puericulturei.

Remarcăm lecțiunea inaugurală a domnului *Profesor Dr. G. Popovici* despre: *„Probleme și necesități de actualitate în medicina infantilă"*, în care noul titular al catedrei de pediatrie dela Facultatea de medicină din Cluj după ce arată evoluția științei pediatriei și puericulturei din cele mai vechi timpuri și până astăzi, insistă asupra situației din țara noastră și schițează un vast program de activitate în acest domeniu.

Asupra problemei natalității și mortalității infantile publică studii interesante domnii: Prof. Dr. Gh. Popovici, Dr. E. Băncilă, Dr. R. Moga, Dr. P. Vlad și Dr. Halmaghi.

Asupra diferitelor probleme clinice, experimentale și terapeutice din domeniul pediatriei publică studii și experimente domnii: Prof. Dr. Gh. Popovici, Dr. Benetato, Dr. Buzoianu, dl docent Dr. Iancu și domnii: Dr. Bodea, Dr. Dorin Ionescu, Dr. Avrămoi, Dr. Mihalescu, Dr. Cirlea și Dr. Berariu, Dr. Ioan Popovici, etc.

Revista de pediatrie și puericultură dela Cluj pornește la drum cu cele mai frumoase auspicii pentru viitor, având misiunea de a da un avânt nou mișcării puericulturii din Ardeal. Dorim confratelui dela Cluj viață lungă și deplină izbândă.

Note de terapeutică.

Rottmann, Krefeld: **Contribuțiuni la combaterea durerii.** Fortschr. Therap. 1936, Tom. II, pag. 672.

Novalgin, preparatul injectabil intravenos, are o acțiune intens analgezică în afecțiuni dureroase. Înlătură în mod complect accesele de colică renală pe o durată de 8—10 ore și ameliorează surprinzător de repede colicile litiazei biliare, sau le cupează. Prin acțiunea favorabilă a preparatului Novalgin, în formele grave de migrenă cu vărsături frecvente, angine dureroase, cu dureri iradiate auriculare și dureri în fracturi, injecțiunea de morfină a devenit de prisos. Nu s'a putut obține calmarea durerii într'o enterită gravă, cauzată de intoxicație cu ouă de rață, într'un caz de pancreatită la un bărbat

în vârstă de 54 ani, precum şi în cazul unui cancer al colonului transvers, la un bărbat de 56 ani. Dar în aceste cazuri nici soluţiunea de morfină n'a folosit decât în mică măsură. Inainte cu 3/4 ani, Rottmann a început să injecteze intravenos, în mod experimental. Novalgin cu doze minime de morfină. El lua în acest scop o soluţie de 50% Novalgin în fiole de 2 gr. şi adăuga, după gradul de durere, 0,0005, 0,001 şi 0,002 gr. morfină. Această soluţie de Novalgin-morfină a înlocuit apoi soluţia de 2% morfină, întrebuinţată înainte. Trei paciente tratate în multe rânduri de colici hepatice şi la care Novalgin a avut efect fără alt adaos, au declarat la următorul acces că soluţia Novalgin-morfină (0,0005 morfină) nu a avut un efect superior Novalginei simple. La un adaos de 0,001 gr. morfină, două femei au resimţit o calmare vădită chiar în timpul injecţiunei lente, iar după alte 2—3 minute durerile au fost complect înlăturate. Fiolele Novalgin cu adaos de 0,002 morfină, au cupat apoi la toate 3 femeile accesele următoare de colici. De asemenea şi icterul consecutiv accesului era mai slab ca de obicei. De atunci Rottmann a întrebuinţat soluţiunea Novalgin cu adaos de morfină la mai mult de 40 bolnavi. Efectul acestei soluţiuni de Novalgin-morfină se instalează foarte repede. Asupra duratei de acalmie a durerilor, mai trebuesc adunate rezultate clinice. La un bărbat cu cancer gastric inoperabil, Rottmann atingea scopul timp de 10 zile exclusiv numai cu o injecţiune de Novalgin cu 0,005 gr. morfină în fiecare seară. Când starea bolnavului s'a agravat, 1,0 ccm din soluţia de morfină 2% n'a produs o calmare mai bună decât soluţiunea Novalgin-morfină, astfel încât a trebuit să se recurgă la o soluţie de morfină-scopolamină.

Kleff: **„Tratamentul cu Cardiazol-Chinină în ginecologie şi obstetrică"**, Dtsch. med. Wschr., 1936, Nr. 26, pag. 1056.

Autorul a întrebuinţat Cardiazol-Chinină la iniţierea naşterii precum şi la inerţia uterină în perioada de deschidere. Cardiazol-Chinina s'a dovedit a fi nu numai un mijloc bun incitator asupra uterului, ci, prin adaosul de Cardiazol, ameliorează chiar şi circulaţia şi micşorează primejdia unei asfixii, care îşi face aparenţa sau intrauterin sau mai târziu. In lăuzie Cardiazol-Chinină s'a întrebuinţat înainte de toate în gripă, infecţii şi complicaţii din partea organelor respiratorii, unde şi infecţiile lochiilor s'au influenţat favorabil. Mai departe Cardiazol-Chinină şi-a dovedit eficacitatea la avorturi febrile, spre a grăbi expulsarea spontană a fătului.

Veras: **„Terapia tusei convulsive"**, Elliniki latriki, Saloniki, 1937, Nr. 1.

După explicaţia diferitelor terapii ale tusei convulsive, autorul rezumă experienţele sale personale în următorul fel.

Vacinoterapia se poate folosi profilactic precum şi în stadiul incipient al îmbolnăvirii. Terapia cu eter se recomandă numai la complicaţii bronşitice şi bronchopneumonice acute împreună cu Cardiazol. Terapia simptomatică este întotdeauna eficace.

Printre medicamentele care intră în consideraţie în tratamentul acestor cazuri, se pot recomanda înainte de toate picăturile Cardiazol-Dicodid, mai ales la sugaci. In formele febrile este indicată Aristochina. Uneori se administrează avantajos tincturile de Grindelia şi Drosera. Tratamentul în plin aer este de recomandat numai către sfârşitul perioadei prodromale, dacă nu există complicaţii bronchopneumonice.

Vohnout: **„Tratamentul stărilor postoperatoare cu Cardiazol-Chinină"**. Prakticky lékar, 1935, Nr. 23, pag. 529/30.

După operaţii autorul a întrebuinţat Cardiazol-Chinină (1—2 injecţii pe zi) nu numai la complicaţii pulmonare incipiente, ci şi profilactic când ivirea lor era iminentă. Chiar în decursul de 24 ore s'a arătat îmbunătăţirea netă a stării generale şi a plămânilor. Turburările subiective au dispărut, temperaturile au scăzut la a 2—4-a zi, expectoraţia s'a uşurat şi

fenomenele inflamatorii floride s'au diminuat. Şi la pneumonii hipostatice incipiente s'au obţinut efecte bune prin Cardiazol-Chinină. Adaosul de Cardiazol urmăreşte nu numai scopul de-a elimina manifesturi accesorii ale chininei, ci susţine după operaţii chiar şi circulaţia.

Schäfer: **„Cardiazol ca reanimator la narcoze".** Therapie der Gegenwart, 1936, Nr. 6, pag. 282.

La narcoze intravenoase şi rectale autorul a încercat Cardiazol ca reanimator (injectând încet 3—9 ccm. intravenos). Unii din pacienţii trataţi în acest fel imediat se deşteptau din narcoză profundă după injecţia Cardiazolului; alţii arătau clar respiraţia mai bună, mărirea tonusului muscular, mişcări spontane şi se deşteptau deasemenea curând. Imbunătăţirea respiraţiei s'a putut constata în toate cazurile, chiar când redeşteptarea s'a ivit relativ târziu. După experienţele autorului nu s'au observat niciodată vre-un accident (nici convulsiuni) chiar şi la doze masive de Cardiazol.

Krupp: **Despre un medicament sintetic nou în tratamentul ulcerului gastric şi duodenal".** Dtsch. med. Wschr., 1936, Nr. 30, pag. 1219.

Autorul a tratat cu Octinum (per os şi rectal) 45 de bolnavi suferind de ulcer unde praparatul s'a dovedit a fi un antispasmodic bun, care fără excepţie s'a suportat bine de toţi pacienţii. Efectul calmant al durerilor al Octinului s'a ivit în 80% din cazurile tratate chiar după 10—15 minute, şi peste scurt timp bolnavii s'au simţit fără dureri. Terapia alcalină a devenit complet de prisos în 60% din cazurile tratate. La 10 pacienţi cu spasme consecutive unor operaţii pe stomac sau intestin anterioare, stările spastice chinuitoare, cari au apărut în mod regulat s'au ameliorat de multe ori prin doze sistematice de Octinum; la câţiva bolnavi s'au suprimat chiar complet.

Rauter: **Acţiune salvatoare a Cardiazolului".** Wiener med. Wschr., 1936, Nr. 23, pag. 842

Autorul a administrat Cardiazol (2 ccm. intravenos) la turburările circulatorii ameninţătoare, (stări de colaps subite, pierderi sanguine grave), obţinând rezultate excelente, în multe cazuri chiar efecte salvatoare. Bazându-se pe experienţele sale, autorul consideră Cardiazolul deosebit de capabil de-a acţiona salvator în diferitele stări ameninţătoare din partea sistemului circulator. Nu se pot observa niciodată vre-o stricăciune sau chiar numai fenomene secundare neplăcute, şi după dosajul mai mare decât acela a dozei obişnuite.

Bauke: **„Combaterea spasmelor prin medicamente fără alcaloizi în medicina internă".** Med. Welt, 1936, Nr. 33, pag. 1180.

După experienţele autorului spasmoliticul lipsit de alcaloizi Octinum face posibil un efect mărit al papaverinei, având chiar la doze mai mari o toxicitate mai redusă şi după aceasta o sferă de indicaţie mai mare faţă de alte spasmolitice. Avantajul principal al Octinului este lipsa fiecărui efect general sau specific de atropină. Octinum se recomandă pentru tratamentul spasmelor diferitelor naturi (mai ales în tractul gastro-intestinal), necauzând nici obişnuinţă nici constipaţie. S'au observat deasemenea rezultate bune la stenocardie şi angină de piept, spasme intestinale, intoxicaţii cu plumb şi cu nicotină, migrenă, crize tabetice, etc.

Evelbauer: **„O comparaţie a metodelor calmante la naşteri după experienţe practice".** Med. Welt, 1936, Nr. 19, pag. 678.

Autorul consideră somnul crepuscular medicamentos ca cea mai bună metodă pentru începutul nedureros a contracţiilor la naşteri, întrebuinţând Dilaudidul în combinaţie cu hipnoticul rectal Rectidon. S'a injectat ½ ccm. Dilaudidul pe cale subcutantă câte 15—20 minute înaintea dozei de Rectidon. După părerea autorului adaosul de Dilaudid aduce o ameliorare esenţială a somnului crepuscular cauzat de Rectidon. Nu s'au constatat asfixii la acest dosaj şi la administrarea

precoce a Dilaudidului împreună cu doza singură de Rectidon.

Claass: **„Turburări circulatorii şi insuficienţe cardiovasculare la infecţii toxice acute".** Le Courier Médical, 1936, Nr. 31, pag. 505.

Se disting două feluri de colapsuri: întâiul ca urma unei intoxicaţii a cordului, al doilea ca turburarea vasomotorilor. Această diferenţă este hotărâtoare chiar pentru terapie. Turburări circulatorii fără stricăciuni ale inimii cer analeptice, adică cele cu efect periferic (ca adrenalină, posthipofiză) sau cele cu efect central (strychnin, camfor, cardiazol, etc). Autorul arată că mai ales Cardiazolul se întrebuinţează în mod frecvent din cauza acţiunii lui directe asupra pulsului şi asupra presiunii sanguine. Turburări cardiace însă cer aşa numiţii cardiotonici (digitală, strofantină, ouabain). In unele cazuri însă e de recomandat administrarea simultană a analepticelor.

D. Zanne: **„Contribuţiuni la tratamentul spasmului căilor urinare superioare de excreţie".** Revista Română de Urologie, 1936, pag. 486/89.

După părerea autorului Octinum „Knoll" constitue cel mai bun medicament pentru tratamentul spasmelor ureterului din cauza faptului că se menţine strict în cadrul unui spasmolitic, fără a antrena pareze (resp. hemipareze) asupra organului ce se găseşte în spasm, cum se întâmplă în administrarea alcaloizilor derivaţi din phenantren, sau din grupul benzylizochinoleinic. Inaintea cateterismului ureteral, autorul institue în mod regulat o injecţie cu Octinum, care l-a prevenit întotdeauna de neplăcerile colicelor produse de cateterism.

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA
MIDY
„ANTI URIC TIP"
2 la 4 linguriţe de cafea pe zi
J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu.

A. Conferinţe.

In cadrele Despărţământului Sibiu al Astrei au ţinut conferinţe:

Dr. I. Cosma, 4 Aprilie 1937, Bungard, despre: Rezultatul anchetei şcolare din comună;

Dr. I. Cosma, 30 Mai 1937, Tălmăcel, despre: Boalele contagioase şi vindecarea lor;

Dr. I. Cosma, 20 Iunie 1937, Jina, despre: Sfaturi pentru sănătate.

Dr. I. Popescu-Sibiu, 18 Apr. 1937, Cisnădie, despre: Cauzele boalelor de nervi;

Dr. I. Popescu-Sibiu, 25 Apr. 1937, Răşinari: Tuberculoza.

Dr. Cornel Lungu, 18 Aprilie 1937, Turnişor: Mortalitatea infantilă.

Dr. Cornel Lungu, 9 Mai 1937, Ruşi: Mortalitatea infantilă;

Dr. Cornel Lungu, 16 Mai 1937, Alămor: Mortalitatea infantilă;

Dr. Cornel Lungu, 6 Iunie 1937, Presaca: Creşterea copiilor mici;

Dr. A. Mavru, 21 Mai 1937, Mândra: Plăgi. Complicaţiunile lor.

Dr. Liviu Ionaşiu, 10 Iunie 1937, Sebeşul de jos: Despre sănătate;

Dr. I. Stoichiţia, 23 Mai 1937, Armeni: Astra şi sănătatea publică;

Dr. I. Stoichiţia, 30 Mai 1937, Orlat: Importanţa dispensarului;

Dr. I. Stoichiţia, 30 Mai 1937, Boiţa: Casa culturală şi de sănătate.

B. Activitatea medico-socială.

Echipa de medici compusă din dnii: Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. Liviu Ionaşiu, Dr. Gh. Păcurariu, Dr. Gheorghiu Ilie, Dr. Petrescu, Dr. I. Matinca, Dr. Banu C. şi d-şoara M. Manta, *a făcut o minuţioasă* anchetă medico-şcolară *în zilele de* 26, 27 şi 28 Mai 1937 *în comuna* Poplaca *examinându-se din toate punctele de vedere un număr de 338 elevi şcolari.*

Aceeaşi echipă a completat în ziua de 29 Mai 1937 *ancheta şcolară din* Ocna-Sibiului *examinând în total 83 copii.*

In zilele de 29 Mai şi 1 Iunie 1937 s'a făcut reacţia Pirquet *la toţi elevii şcolari dela Şcoala primară din* Ocna-Sibiului, *iar în ziua de* 2 Mai 1937 *s'a făcut* radioscopia *la 56 elevi dela aceeaşi şcoală.*

In ziua de 31 Mai 1937 *s'a făcut* reacţia Pirquet *la toţi elevii şcolari dela Şcoala primară din* Poplaca, *iar în zilele de* 3, 4 şi 5 Iunie *s'a făcut radioscopia la 137 de elevi din* Poplaca.

Congresul anual al Asociaţiei Generale a Medicilor din România.

S'a ţinut în zilele de 18 şi 19 Iunie a. c. în localul asociaţiei din Bucureşti, sub prezidenţia Dlui Prof. Dr. P. Tomescu.

Domnia-Sa deschizând congresul arată rostul acestor reuniuni anuale spunând că ele sunt menite să examineze situaţia morală şi materială a profesiunei medicale şi să formuleze soluţiunile cele mai bune, pentru ca ea să se încadreze cât mai bine şi armonios în actuala organizaţie socială.

Datorită propagandei continue ce s'a făcut de asociaţie prin congresele ei şi prin fiecare membru al ei, sănătatea publică stă astăzi pe primul plan al preocupărilor de guvernământ. — Indemnul a venit de sus dela Şeful suprem al Statului, dela M. S. Regele Carol II-lea, caruia ţinem să-i exprimăm toată recunoştinţa noastră.

Preocuparea ce-şi făureşte astăzi Asociaţia pleacă dela realitatea vieţii rurale, căutând să aplice datele ştiinţei adaptându-le împrejurărilor specifice vieţei rurale româneşti.

In domeniul revendicărilor profesionale cererile medicilor sunt multe şi drepte dar utile luptei pentru apărarea sănătăţii. — Aceste revendicări sunt:

1. Utilizarea medicilor atât în timp de pace, cât şi în timp de războiu să se facă ţinându-se seama de nevoile ţărei, de pregătirea, de specialitatea şi de vârsta fiecărui medic. Acordarea gradelor cari le merită medicii.

2. Inlăturarea marilor dificultăţi pe care le întâmpină practica medicală. Asociaţia va lupta pentru o mai raţională repartiţie a medicilor pe ţară.

3. Revizuirea diplomelor medicilor veniţi după războiu din alte ţări.

4. Organizarea casei de asigurare a medicilor.

5. Definitivarea, inamovibilitatea şi salarizarea medicilor.

In încheere, Preşedintele asociaţiei arată că medicii sunt conştienţi de datoriile lor pe cari înţeleg să şi le îndeplinească ireproşabil, dar sunt conştienţi şi de drepturile lor, pe cari înţeleg să şi le revendice.

Domnul preşedinte dă apoi cuvântul Dlui secretar general al ministerului sănătăţii Prof. Dr. Titu Gane, care în primul rând scuză lipsa dela lucrările congresului a dlui ministru Costinescu reţinut din cauză de boală.

Domnia-Sa spune că este foarte mulţumit că în toţi anii poate să ia parte la aceste interesante desbateri şi în special acum când se discută raportul Dlui Inspector general sanitar Dr. I. Stoichiţia în care se expune competent atât de interesanta problemă a organizării sanitare în mediul rural. D-sa mai arată că Ministerul Sănătăţii a luat toate măsurile pentru a re-

media cel puțin în parte, starea rea sanitară, rurală. — Trimiterea la țară a medicilor cari își fac stagiul militar, mărirea salariilor la medicii rurali, precum și repararea alor 650 dispensarii și construirea alor 50 noi, fac parte din aceste măsuri.

Pentru organizarea casei de asigurare a medicilor, ministrul a rezervat Lei 1.500.000·— pentru înființarea ei. Incheind cuvântarea dl Prof. Gane urează corpului medical ca ultimele revendicări să le fie cât mai curând satisfăcute.

Dl General Iliescu, medicul șef al serviciului sanitar al armatei, *aduce salutul corpului sanitar militar asigurând pe congresiști de solidaritatea acestui corp. Amintește de evenimentul important care a făcut cinste țării, despre al IX-lea congres internațional de medicină și farmacie militară. Asigură pe congresiști că revendicările în ce privește gradul și specialitatea ce ar urma să se dea medicilor în caz de mobilizare, va supune această dorință forurilor superioare.*

Dl Președinte Prof. Dr. Tomescu *anunță că premiul Prof. Dr. I. Cantacuzino de Lei 10.000·— s'a decernat următorilor medici pentru valoroasele lor lucrări:*

Dra Dr. Rodica Patroianu: Infecțiunea tuberculoasă latentă la copii vaccinați cu B. C. G.; Dr. N. Paraschivescu: Contribuțiuni la studiul lizei transmisibile.

Dr. P. Râmneanțu: Tabele pentru înălțimea, greutatea și determinarea stării de nutriție a copiilor români de 5—15 ani.

In numele asociației, dl Președinte prezintă felicitări laureaților.

Dl Dr. D. S. Țovaru expune lucrările Secretariatului general în timpul anului trecut.

Dl Dr. I. Costinescu, casierul Asociației citește raportul asupra anului financiar trecut care s'a încheiat în condițiuni favorabile.

In ședința de după masă se dă cuvântul dlui Dr. Abramovici care expune raportul făcut în colaborare cu dl Dr. Moisescu despre dificultățile practicei medicale; cauze, remediii.

Dl Dr. S. Țovaru își susține raportul despre definitivarea, inamovibilitatea și salarizarea medicilor din serviciile publice și particulare.

Dl Inspector general Sanitar Dr. I. Stoichița vorbește despre medicina preventivă și curativă în mediul rural.

Raportorul arată că în problema organizării sanitare rurale corpul medical din România stă pe punctul de vedere al programului fixat în ședințele Marelui Consiliu Medical din Noembrie 1936.

După ce arată cu date statistice progresul realizat în ultimii ani în mersul sănătății publice, insistă asupra lipsei de asistență a nașterilor prin moașe diplomate.

După o documentată expunere a propunerilor pentru realizarea unui serviciu sanitar cât mai vast și mai potrivit cu nevoile populațiunei rurale se propune congresului următoarele formule:

1. Congresul general al medicilor rămâne la punctul de vedere fixat în programul de organizare sanitară rurală votat de marele consiliu medical în ședințele dela 28 și 29 Noemvrie 1936.

2. Pentru a putea asigura pe seama fiecărei comune rurale câte o moașe diplomată socotim nesesar a se înmulți numărul școlilor de moașe și a se reduce termenul de pregătire la un an.

3. Se va lărgi capacitatea de primire a actualelor Institute pentru surori de ocrotire și se vor creea institute noi pentru a se putea forma un număr cât mai mare de surori.

4. Actualele școli de agenți sanitari se vor transforma în școli tehnice pentru conducători tehnici sanitari. Actualii agenți sanitari vor fi obligați la cursuri complimentare de perfecționare în domeniul cunoștințelor de geniu sanitar, iar activitatea lor se va îndruma în această direcțiune.

5. Se vor menține cursurile de un an pentru specializarea medicilor în igienă.

6. Pentru a putea avea un număr suficient de specialiști destoinici în puericultură și ftiziologie, se va echivala salariul medicior puericultori și ftiziologi județeni cu salariul medicilor primari de specialitate, asigurându-li-se în acelaș timp mijloace de transport pentru activitatea pe teren.

7. Se impune asigurarea cheltuelilor efective de transport pentru toți medicii sanitari de circumscripție rurală și se va fixa o primă de reședință pentru medicii din circumscripțiile izolate și compuse din populație săracă.

8. Pentru fiecare reședință de circumscripție sanitară rurală se va înființa câte o casă de sănătate completă și bine utilată, iar la singuraticele comune se vor pune în funcțiune mici dispensarii întreținute de autoritățile locale.

9. Prin trezirea și stimularea inițiativelor locale, deocamdată în regiunile de o stare culturală și economică mai bună, se vor înființa cooperative sanitare pentru asigurarea serviciului de medicină curativă.

10. Se va intensifica propaganda sanitară pentru asigurarea serviciului de medicină curativă.

11. Se va intensifica propaganda sanitară prin conferințe, broșuri, afișe și filme, ministerul sănătății prin institutele de igienă confecționând și punând la dispoziție materialul necesar.

Urmează la cuvânt dl Prof. Dr. Mezincescu care începe spunând că s'a hotărât să cedeze stăruințelor Președintelui asociației și a dlor Dr. Stoichiția și Dr. Botez M. luând parte după un lung șir de ani la activitate Asociației.

A crezut de datoria sa să ia parte în special la desbaterea raportului dlui Dr. Stoichiția, căci organizarea serviciilor sanitare rurale, desbă-

tută în Marele Consiliu medical dela 28—29 Noemvrie 1936, are nevoie de a se examina în amănuntele ei înainte de a încerca să se fixeze un program. D-sa spune că fenomenele demografice nu pot fi interpretate dela un an la altul, ci trebuesc examinate în tendința lor.

— Seara la ora 9 congresiștii s'au întrunit la o masă colegială la restaurantul Splendid-Parc.

A doua zi dimineața congresiști au vizitat Spitalul Central de boli mintale și nervoase, unde dl Prof. Dr. Tomescu a prezintat cazuri interesante de bolnavi.

— Congresul fiind în continuare la ora 5 după masă dl Dr. Trăilescu președintele filialei T-Severin, face un raport asupra înființării unei Case de ajutor în filiala Mehedinți.

Dl Prof. Dr. Titu Gane răspuude dlui Prof. Mezincescu și declară că vom face totul ca sănătatea acestei țări să fie îndreptată.

La aceasta ia din nou cuvântul dl Prof. Mezincescu susținându-și cele spuse anterior cu exemple și constatări, spune că trebue să fixăm în mințile noastre liniile unei noui organizații sanitare adaptată vremurilor și concepțiilor de administrație sanitară în ființă, în toate țările civilizate.

Incheindu-se desbaterile asupra raportului „Medicina preventivă și curativă în mediul rural" se dă cuvântul Domnului raportor Dr. I. Stoichița care în rezumat spune următoarele :

Sunt mulțumit că Ministerul Sănătății prin cuvântul autorizat al Domnului Secretar General Prof. Dr. Titu Gane *se declară de acord cu punctele de vedere exprimate în raport, asigurându-ne că în limita posibilităților va căuta să realizere propunerile noastre. Totuși socotim, că Ministerul nu mai poate rămânea în domeniul organizării sanitare rurale pe așa numita* linie tradițională, *împrejurările schimbate reclamând imperios o însemnată schimbare structuală în scopul introducerii unui cât mai vast și mai complet sistem de medicină preventivă.*

In ceeace privește criticele și observațiile Domnului Prof. Dr. Mezincescu, *Domnul raportor declară :*

Nu se poate contesta că în mersul sănătății publice din mediul rural a survenit o ușoară ameliorare. Datele Institutului nostru de statistică sunt concludente în această privință și veracitatea lor este mai presus de orice îndoială. La fel nu se poate contesta că în ultimii ani asistența nașterilor și asistența bolnavilor din mediul rural este mai bună și că această ameliorare se datorește faptului că organizarea sanitară din mediul rural a câștigat simțitor din punct de vedere cantitativ, prin sporirea numărului medicilor de circumscripție ; prin înființarea unui mare număr de dispensare rurale și prin punerea în funcțiune a unei serii întregi de spitale. Toate acestea au trebuit să influențeze într'o oare care măsură în mod favorabil,

mersul sănătății din mediul rural și a nega aceasta în mod categoric înseamnă a nega orice posibilitate de influențare a mersului sănătății publice prin serviciul sanitar.

Cu toate acestea, trebue să constatăm că starea sanitară a satelor este încă foarte rea și că suntem încă departe de organizația sanitară care ne trebue.

Va trebui să desvoltăm încă mult organizația noastră sanitară rurală și mai ales va trebui să ne creăm de aici înainte o organizare preventivă, care ne lipsește aproape cu desăvârșire. Și dacă din punct de vedere doctrinar medicina preventivă ar trebui să formeze principala preocupare a Statului, rămânând în sarcina autorităților locale și a singuraticilor indivizi tot ceeace intră în domeniul curativ, această separațiune necesară dealtfel, nu se va putea realiza în România decât în mod evolutiv și într'un termen foarte lung, din cauza situației economice și culturale precare în care se găsește majoritatea satelor noastre.

Până când se va putea ajunge la această stare ideală, Statul nu se poate desinteresa de medicina curativă, având datoria să asigure chiar prin medici oficiali asistența medicală a sătenilor, desvoltând însă paralel și organizarea sanitară preventivă care ne lipsește. Neexistând însă condițiile prielnice necesare care să favorizeze așezarea în număr mare a medicilor particulari la sate, nu credem că problema asistenței medicale din mediul rural se va putea rezolvi prin medicul cu contract de reședință *preconizat de Domnul Prof. Dr.* Mezincescu, *chiar dacă s'ar anula toate posturile numeroase de medici din mediul urban.*

Medicii particulari se stabilesc în satele unde găsesc condiții prielnice de trai și câștig chiar și fără prima de reședință, iar în satele îndepărtate și sărace nu se vor așeza, fiindcă prima de reședință, singură nu le poate asigura minimul de existență, iar posibilitățile de câștig din clientelă sunt minimale sau nu există deloc.

Din aceste motive socotim că este necesară menținerea și încă pe o durată destul de lungă, a medicului de circumscripție cu atribuții mixte, de ordin curativ și preventiv.

Domnul raportor regretă că nu s'au putut discuta în mod amănunțit numeroasele soluții propuse în cuprinsul raportului și roagă Congresul să-și însușească punctele de vedere exprimate în „Moțiune".

D. Dr. Țovaru, secretarul general al Asociației, propune următoarele soluții în legătură cu raportul d-sale citit în ședința de Vineri d. a. :

Să se asigure tuturor medicilor din serviciile publice și particutare dreptul la definitivat și inamovibilitate în funcțiile ce ocupă, pe baza legilor sau dispozițiilor în vigoare, așa cum este asigurat celorlalte categorii de funcționari.

Să se creeze corpul tehnic sau un statut al medicilor la care să se încadreze toţi medicii, salariaţi după norme ce urmează a se stabili (studii, merite, vechime).

Să se facă o neapărată revizuire şi armonizare a salariilor actuale ale tuturor medicilor aparţinând diverselor instituţii publice şi particulare.

Să se aplice principiul gradaţilor integrale şi drepturile la pensie pentru toţi medicii salariaţi din serviciile publice şi particulare.

Cuvântarea Preşedintelui la închiderea congresului. *Dl Prof. Dr.* P. Tomescu, *Preşedintele Asociaţiei, încheind desbaterile congresului, subliniază importanţa chestiunilor discutate şi aduce mulţumiri tuturor celor cari prin expunerile făcute au contribuit la clarificarea problemelor sanitare de mare actualitate.*

Congresul actual a demonstrat că Asociaţia noastră rămâne singura instituţie medicală care are rolul şi datoria să studieze problemele sanitare şi să găsească cele mai bune soluţiuni.

Ideile lansate dela tribuna Asociaţiei au garanţia competenţei, a sincerităţei şi calitatea de a porni dela realitatea vieţei noastre sociale.

Nu este o simplă întâmplare că autorităţile sanitare şi cele mai calificative personalităţi ale medicinei contemporane, vin la Asociaţia generală a medicilor pentru a-şi expune ideile şi a căuta soluţiunile, cari nu pot reeşi decât dintr'o colaborare largă cu medicii de toate categoriile.

Bizuindu-ne pe prestigiul care vine dintr'un trecut de decenii, angrenaţi solid în viaţa socială a ţărei, medicii organizaţi în Asociaţia lor generală, vor avea şi pregătirea şi obiectivitatea de a găsi soluţiunile cele mai bune şi autoritatea de a le impune.

De aceia, strâns uniţi în Asociaţie, medicii vor continua lupta lor pentru o mai bună organizare sanitară a ţărei şi pentru realizarea tuturor revendicărilor lor profesionale.

Al VIII-lea Congres Naţional de Chirurgie. *Asociaţia română de chirurgie, de sub preşedenţia Dlui Prof. Dr.* I. Bălăcescu, *a întocmit următorul program pentru al VIII-lea Congres naţional de chirurgie, care se va ţine la Bucureşti în Noemvrie viitor:*

Duminică 7 Noemvrie 1937.

Orele 14'30 — Şedinţa inaugurală a Congresului, în Marele Amfiteatru al Facultăţei de Medicină din Bucureşti.

a) Discursul D-lui Profesor C. Daniel, *preşedintele Congresului.*

b) Raportul D-lui Dr. Petre Topa, *Secretar General al Asociaţiei Române de Chirurgie.*

Orele 15'30 — Şedinţa de lucrări.

I-a CHESTIUNE LA ORDINEA DE ZI:

Tratamentul anexitelor. *Raportori: Dl Profesor* C. Daniel *şi* D. Mavrodin *(Bucureşti) şi Profesor Dr.* Grigoriu Cristea *(Cluj), discuţiune şi comunicări.*

Luni 8 Noemvrie 1937.

Orele 8—12 dimineaţa. — Şedinţe operatorii şi vizitarea spitalelor.

Orele 14'30 — Şedinţa de lucrări.

II-a CHESTIUNE LA ORDINEA DE ZI:

Tratamentul plăgilor superficiale. *Raportori D. Prof.* I. Iacobovici *(Bucureşti) şi Medic General* Pârvulescu *(Iaşi), discuţiune şi comunicări.*

Orele 20. — Banchetul congresului prin subscripţie *(Doamnele sunt admise).*

Orele 22. — Serată *oferită de Preşedintele Congresului şi Comitetul Asociaţiei Române de Chirurgie.*

Marţi 9 Noemvrie 1937.

Orele 8 — 12 dimineaţa. — Şedinţe operatorii şi vizitarea spitalelor.

Orele 14'30 — Şedinţă de lucrări.

III-a CHESTIUNE LA ORDINEA DE ZI:

Tratamentul chirurgical al paraliziei infantile. *Raportori:* I. Marian *(Bucureşti) şi* I. Trosc *(Iaşi).*

Orele 17. — Adunarea generală a Asociaţiei române de Chirurgie. Fixarea chestiunilor pentru Congresul din 1938. Darea de seamă a casierului, D. Dr. Ştef. Popescu.

Al II-lea congres naţional de boale contagioase. *In zilele de 24, 25 26 Octomvrie 1937 va avea loc la Chişinău sub Inaltul patronaj al M. S. Regelui Carol al II-lea cel de al 2-lea Congres Naţional de Boale contagioase, sub auspiciile Ministerului Sănătăţii, Institutului „Prof. Dr. I. Cantacnzino" şi institutelor de Igienă, conform planului de organizare al Congresului dela Craiova din 1934.*

Dată fiind importanţa problemelor şi a chestiunilor de actualitate, ce vor intra în discuţiuni şi cari formează programul pur ştiinţific al acestui de al 2-lea Congres, ne facem datoria de a Vă ruga, ca din timp să fie adus la cunoştinţă d-lor medici, fie colaboratorii Dvs. fie în subordine, cari ar dori să ia parte la acest Congres atât prin lucrările lor, cât şi prin discuţiuni.

Pentru coordonarea şi stabilirea planului de lucru, s'a format un „Comitet executiv", din care fac parte următorii.

1. Dl Prof. Dr. I. Gane, Secretar General al Minist. Săn. şi Ocrot. Sociale;

2. Dl Prof. Dr. A. Slătineanu, Directorul Institutului de Igienă—Iaşi.

3. Dl Prof. Dr. C. Ionescu-Mihăieşti, Directorul Institutului „Prof. Dr. I. Cantacuzino"—Bucureşti.

4. Dl Prof. Dr. Moldovanu, Directorul Institutului de Igienă—Cluj.

5. Dl Prof. Dr. D. Mezincescu, Directorul Institutului de Igienă—Bucureşti.

6. Dl Prof. Dr. D. Danielopol, delegatul României la Oficiul internaţional de Igienă.

7. Dl Prof. Dr. M. Ciucă, Subdirectorul Institutului „Prof. Dr. I. Cantacuzino" din Bucureşti.

8. Dl Prof. Dr. I. Bălteanu, Subdirectorul Institutului de Igienă, Iaşi.

9. Dl Confer. Dr. Combiescu, Institutul „Prof. Dr. I. Cantacuzino", Bucureşti.

10. Dr. S. Manuilă, Director General al Institutului statistic Ministerul de Interne.

11. Dl Dr. O. Puşcariu, Director General al Sănătăţii M. S. O. S.

12. Dl Prof. Dr. A. Ciucă. Profesor de Igienă, Facultatea de medicină veterinară—Bucureşti.

13. Dl Medic-Colonel Dr. C-tin Suhăţeanu, Şef. Serv. epidemic din Ministerul Armatei.

14. Dl Dr. Zolog, agregat la Universitatea din Cluj.

15. Dl Prof. Dr. Gordon dela Institutul Rokeffeler, detaşat în Iaşi.

16. Dl Dr. Alexa I., Conferenţiar la Universitatea din Iaşi.

17. Dl Dr. N. Smadu, Inspector General Sanitar din Chişinău.

Comitetul Executiv de mai sus, în şedinţa dela 14 Februarie 1936, ţinută la Institutul „Prof. Dr. Cantacuzino", Bucureşti a stabilit următoarele:

ORDINEA DE ZI:

Ziua I-a 24 Octomvrie.

Ora 10 a. m. Deschiderea Congresului.

Ora 11½ a. m. O conferinţă asupra Polyomielitei *ţinută de Dl Prof. Dr. C. Ionescu Mihăieşti, Directorul Institutului „Prof. Dr. I. Cantacuzino", Bucureşti.*

Ora 12½ Şedinţa Comitetului Congresului.

Ora 4 p. m. Dizenteria şi Enteritele dizenteriforme. Epidemiologie, Profilaxie şi tratament:

Raportori: 1. Prof. Dr. I. Bălteanu, Facultatea de Medicină Iaşi.

2. Dr. Alexa Ion, Conferenţiar Facultatea de Medicină Iaşi.

Etiologie:

Raportori; 1. Dr. Calalb, Şef de Secţie Institutului „Prof. Dr. I. Cantacuzino", Bucureşti.

2. Dr. Titus Turcu, Şef de lucrări, Institutul de igienă Cluj.

Ora 5½ Discuţiuni şi diferite comunicări în legătură cu rapoartele.

Ziua II-a 25 Octomvrie.

Ora 9 a. m. Aprovizionarea cu apă şi metode de purificare.

Raportori: 1. Agregat Dr. Zolog, Facultatea de Medicină — Cluj.

2. Medic-Colonel Dr. C. Suhăţeanu Şeful Serv. Epid. Ministerul Armatei.

3. Medic-Căpitan Dr. Tătăranu dela Institutul de Igienă Bucureşti.

Ora 10½ a. m. Discuţiuni şi comunicări în legătură cu rapoartele.

Ora 3½ p. m. Scarlatina: Clinică diagnostic, tratament şi stadiul actual al vaccinaţiunei.

Raportori (Colaboratorii Institutului de Igienă Iaşi).

Statistică şi Epidemiologia scarlatinei.

Raportori: 1. Dr. S. Manuilă, Directorul Institutului de statistică la Ministerul de Interne.

Etiologia scarlatinei:

Raportori: 1. Prof. Dr. John Gordon dela Institutul Rockefeller delegat în România.

Măsuri de combatere a scarlatinei:

Raportori: 1. Dr. Vlad, Medic Şef al Municipiului Cluj.

Ora 5 p. m. Discuţiuni şi comunicări în legătură cu rapoartele.

Ora 6 p. m. Diverse comunicări din domeniul boalelor contagioase.

Ora 9 seara Desemnarea locului unde se va ţine cel de al treilea congres în anul 1940.

Inchiderea congresului.

Ziua III-a 26 Octomvrie.

Excursiune la Cetatea-Albă.

(Vizitarea Cetăţii, oraşului, Lacului Leman şi Sanatoriul Maritim Bugaz, recepţiune la filiala asociaţiei Medicilor din jud. Cet.-Albă).

Toate rapoartele şi comunicările ce se vor face în cadrul subiectelor de mai sus, precum şi altele referitoare la boalele contagioase trebuiesc neapărat trimise până la data de 25 August 1937 Dlui Dr. Gh. Munteanu. Secretarul General al Congresului la Spitalul de Contagioşi — Chişinău, urmând ca după aceasta dată să fie date la tipărit pentru ca în timp util să poată fi prezentate la data ţinerii Congresului.

D-lor Raportori li se acordă pentru expunere 20 minute, pentru comunicări 10 minute, iar pentru discuţiuni 5 minute.

Textul comunicărilor nu poate depăşi 2 pagini de tipar.

In vederea acestui Congres s'a constituit un Comitet local de Organizare sub preşedinţia dlui Inspector General Sanitar — Chişinău Dr. Nicolai Smadu.

Sediul biuroului Comitetului de Organizare este la Spitalul de Contagioşi — Chişinău la dl Dr. Gh. Munteanu Directorul Spitalului, de unde se vor cere orice fel de informaţii.

Inscrierile pentru Congres se fac la dl Dr. Gh. Munteanu, Spitalul de Contagioşi din Chişinău. Taxa de înscriere ca Membru al Congresului este 150 Lei, membrii familiei medicilor câte 150 Lei de persoană.

In schimbul acestei taxe de înscriere congresiştii primesc un volum cu lucrările congresului, participări la festivităţi şi banchete.

Congresiştii se bucură de 50% reducere pe C. F. R.

Orice excursie în afară de Chişinău priveşte pe fiecare în parte.

Găzduirea congresiştilor se face în hoteluri, locuinţe particulare şi internate. Rugăm a anunţa printr'o carte poştală la Spitalul de Contagioşi din Chişinău felul cum doriţi a fi găzduit, însă cel mai târziu până la 1 Octomvrie a. c.

Costul camerelor la hotel cu reducerea obţinută cu un pat şi 2 paturi între 100 şi 150 de Lei pe zi, pentru fiecare pat suplimentar 20 de Lei în plus.

Programul detailat al congresului şi excursiunei se va distribui la sosire în gara Chişinău.

Preşedintele Comitetului de Organizare,
DR. NICOLAE SMADU
Inspecter General Sanitar

Secretar General.
DR. GHEORGHE MUNTEANU

***Al doilea congres internaţional de igienă şi profilaxie mintală** se va ţine anul acesta la Paris în zilele de 19, 20, 21, 22, 23, 24 şi 25 Iulie sub preşedinţia dlui Dr. Edouard Toulouse.*

Spitalul de boale mintale Sibiu a fost înscris cu raportul:

Dr. G. Preda: *„Cadrul igienei şi profilaxiei mintale. Aplicaţiunile lor în România.*

Toate cererile şi informaţiile privind acest congres se vor cere dela „Secrétariat du Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale. Rue Cabanis 1, Paris XIV.).

***Al patrălea congres internaţional de psihoterapie şi psihologie comparată** se va ţine anul acesta la Paris în zilele de 16, 17 şi 18 Iulie, sub preşedinţia dlui Prof. Dr. Pierre Janet.*

Spitalul de boale mintale Sibiu a fost înscris în program cu următoarele subiecte:

Prima zi:

1. Dr. G. Preda, Dr. Th. Stoenescu şi Dr. Popescu-Sibiu: *„Practica psihoterapeutică şi hipnoza în România".*

Ziua doua:

2. Dr. Th. Stoenescu şi S. Cupcea: *„Aplicaţiunile clinice ale psihoterapiei în Spitalul de boale mintale din Sibiu".*

3. Dr. Popescu-Sibiu: *„Psihologia analitică".*

4. Dr. V. Preda: *„Eugenia în raporturile ei cu psihoterapia".*

Al nouălea congres internațional de psihoterapie *se va ține în zilele de 2, 3 și 4 Octomvrie 1937 la Copénhague, sub președinția dlui Prof. Dr. C. G. Jung din Zürich.*

In prima zi se va discuta: Psihoterapia și aplicările ei practice generale. In ziua doua: Posibilitatea predării unui curs de psihoterapie. In ziua treia alte conferințe și discuțiuni.

Spitalul de boale mintale din Sibiu a fost înscris în prima zi cu următorul subiect:

Dr. G. Preda, Dr. Th. Stoenescu și Dr. Popescu-Sibiu: *„Opiniunile psihoterapeuților Români asupra aplicațiunilor practice ale psihoterapiei".*

Pentru ziua doua cu:

Dr. Popescu-Sibiu: *„Obligativitatea unui curs de psihoterapie în Universitate.*

Informațiunile și înscrierile se vor cere dlui Prof. Dr. C. G. Jung Küsnacht—Zürich.

Conferințele pot fi ținute în limbile germană, engleză sau franceză și nu trebue să depășească 20 minute.

Al XXV Congres francez de Medicină *Se comunică că chestiunile puse la ordinea de zi la Congresul francez de medicină ce va avea loc la Marsilia în zilele de 26—28 Septemvrie 1938, vor fi următoarele:*

Spirochetozele Icterigene: a) Formele icterice; b) Formele anicterice c) Spirochetozele în Franța.

Hipochloremiile: a) Clorul considerat din punct de vedere fiziopatologic, b) Hipoclomeriile medicale c) Hipocloremiile din punct de vedere chirurgical.

Terapeutica actuală a avitaminozelor adultului. a) Introducerea la terapeutica avitaminozelor; b) Terapeutica avitaminozelor A; c) Terapeutica în patologia colonială; d) Terapeutica pelagrei; e) Terapeutica avitaminozelor de tip scorbutigen; f) Terepeutica avitaminozelor D. și E.

Se vor admite comunicări numai referitoare la aceste subiecte. Se va adresa Secretarului general H. Roger.

Congresul internațional al Sanatoriilor particulare. Congresul internațional al Sanatoriilor și Caselor de sănătate particulare, *va avea loc în acest an, la Paris, între 12—17 Iulie.*

In acest congres se vor studia probleme de ordin medical, administrativ și economic, interesând stabilimentele de cură particulare. In cursul acestui congres se va constitui definitiv o uniune internațională a caselor de sănătate particulare.

Medicii cari se interesează de acest congres pot obține un prospect lămuritor adresându-se d-lui Conf. Dr. M. Popper, *Str. Zborului 8, București.*

Zi internațională de Rhumatologie. *„Ziua internațională" 1937, organizată de Liga franceză contra Rhumatismului, sub președinția Prof.*

Laignel-Lavastine, *va avea loc la 9 Octomvrie la Paris şi va fi consacrată subiectului următor: „Medicaţiunile radio-active în rhumatologie"*, a) *Medicaţiunile radio-active*, M. F. Coste; b) *Emanoterapia* M. M. Piery, Cluzet *şi* Milhaud; c) *Acţiunile radio-active exercitate de apele termale şi derivatele lor.*

Un program mai amănunţit va apare în cursul lunei Iulie.

Pentru înscrieri şi orice informaţiuni, se va adresa: 23 Rue de Cherche-Midi, Paris VI.

Zilele Medicale din Paris. *Organizate de către „Revue Médicale francaisa". Zilele medicale franceze internaţionale vor avea loc anul acesta dela 16—30 Iunie, sub înaltul patronaj al Preşedintelui republicei şi sub patronajul Prof. Carnot.*

Scopul acestei manifestaţiuni ştiinţifice este să procure posibilitatea medicilor practicieni să se iniţieze în noile metode de diagnostic şi terapeutică graţie demonstraţiunilor practice făcute în servicilie spitaliceşti şi în clinicile private, cât şi printr'o serie de conferinţe ţinute la palatul Expoziţiunilor de către diferiţi savanţi francezi şi străini.

Totalul conferinţelor se vor publica într'un volum şi vor constitui o sinteză complectă asupra cunoştiinţelor actuale referitoare la: Hormoni, rolul lor în clinică şi întrebuinţarea lor în terapeutică.

In cadrul acestor conferinţe, citäm pe aceia a D-lui Prof. Danielopolu *tratând despre:* Mecanismul neuro-hormonal în disregulaţiunile tiroidiene.

Un apel al Colegiului Medicilor. *Colegiul medicilor din Ilfov, de sub prezidenţia D-lui Prof. Dr.* N. Minovici, *a lansat următorul apel către medici:*

Domnule coleg,

„Comitetul executiv al Colegiului medicilor din Ilfov, zelos de demnitatea şi onoarea profesiunei noastre îşi propune să întroneze cât mai neîntârziat în corpul medical din ţară, acea disciplină şi respectul acelor principii de deontologie fără de care profesiunea medicală nu-şi poate păstra neştirbit prestigiul în societate.

La baza însăşi a profesiunei noastre stă onoarea. Dealungul secolelor, medicii răspunzători de acest patrimoniu al lor, s'au străduit să-l păstreze neatins şi să-l transmită astfel generaţiilor care au urmat şi urmează. Înţelegem să apărăm această linie tradiţională.

Profesiunea trece şi la noi prin timpuri grele: pe lângă criza materială bântue cu egală intensitate o foarte accentuată, criză morală.

O serie de colegi se fac în continuu culpabili de abateri grave de ordin dentologic, cât şi dela principiile de etică, care privesc profesiunea medicală:

Reclame înşelătoare în ziarele cotidiane, pe ziduri, în vespasiane, etc.;

Reclame exagerate în diverse publicaţiuni la îndemâna lumei profane;

Şarlatanismul sub formele cele mai variate şi înşelătoare, trâmbiţând vindecări miraculoase a tuturor bolilor incurabile;

Atitudini nepermise în raporturile dintre colegi şi în raporturile lor cu lumea profană, etc., toate acestea înseamnă o îngrijorătoare scădere a moralei medicale, pe care suntem chemaţi a o apăra.

Pentru a curma această stare de lucruri care apasă astfel asupra noastră a tuturora şi ne aduce un grav prejudiciu, Colegiul medicilor, solicitat de numeroase plângeri ale medicilor precum şi a bolnavilor, în deplin acord cu Ministerul sănătăţii, cu Asociaţia generală a medicilor şi a Colegiului farmaceutic, se vede nevoit a lua măsurile de apărare dictate de împrejurări.

Pentru aceasta vă rugăm în mod stăruitor, ca dela primirea acestei adrese, să binevoiţi a face să înceteze reclama în ziare, depăşind limita permisă (numai: numele, specialitatea şi adresa), consultaţiunile aşa zise gratuite în reviste de popularizare medicale, consultaţiunile prin corespondenţă, etc.

Colegiul este ferm convins că, prin aceasta aduce un real serviciu profesiunei medicale şi este încredinţat că recunoscând şi Dvs. utilitatea, dar şi legitimitatea invitaţiunei pe care v'o facem, veţi binevoi a-i da curs cât mai neîntârziat, scutindu-i de neplăcerea de a uza de măsurile impuse de legile în vigoare.

Primiţi, vă rugăm, Onorete coleg asigurarea distinsei noastre consideraţiuni.

Dela Societatea de Psihologie Medicală Sibiu. *Societatea de psihologie medicală Sibiu a ţinut, sub prezidenţia dlui Insp. Gen. Dr. G. Preda, următoarele şedinţe:*

16 IV. 937, Dr. G. Preda: *Aplicaţiunile higienei şi profilaxiei mintale în România. (Conferinţă).*

22 IV. 937, Dr. Th. Stoenescu: *Măsurarea inteligenţei la bonavii mintali. (Conferinţă).*

17 VI. 937, Dr. G. Preda: *Organizarea sanitară şi socială din Rusia Sovietică. (Note cu ocazia unei călătorii de studii).*

26 VI. 937, Dr. G. Preda: *Prezentarea revistei „Annales Médico-Psychologique.*

8 VII. 937, Dr. G. Preda: *Psihoterapia şi hypnoza în România. (Conferinţă).*

Noul comitet al Societăţei medicale a Spitalelor. *In şedinţa „Societăţii medicale a spitalelor" din Bucureşti, care a avut loc Miercuri 2 Iunie a. c., s'a făcut alegerea noului comitet pe anul 1937—1938, după cum urmează:*

Preşedinte: *Prof Dr. C. Bacaloglu.*

Vice preşedinţi: *Prof. Dr. E. C. Crăciun, Agregat Dr. C. Alexandrescu-Dersca.*

Secretar general: *Docent Dr. C. C. Dimitriu.*

Casier: *Docent Dr. Hagi-Paraschiv.*

Secretari de şedinţă: *D-ra Dr. R. Papazian, Dr. P. Focşa, Dr. S. Ciorapciu.*

Concurs de medici secundari la eforia spitalelor civile. *La 1 Noemvrie, ora 8, se va ţine la Eforia spitalelor civile, B.-dul Elisabeta Nr. 5, concurs pentru ocuparea a 12 posturi de medici secundari, specialitatea medicină internă in spitalele eforiei. Registrul de înscrierea candidaţilor se află deschis la direcţia spit. pers. pensii a Eforiei şi se va închide în ziua de 15 Octomvrie inclusiv, ora 13.*

Rezultatul concursului de medici primari la Ministerul Sănătăţii. *La concursul de medici primari de chirurgie, ţinut la Ministerul Sănătăţei în cursul lunei Noemvrie 1937, au reuşit următorii candidaţi, în ordinea clasificaţiei: Popovici N. Alex.; Blazian E.; Danicico I.; Constantinescu M.; Belizarie E.; Cureleanu T.; Petrulian Gh.; Băjeu Gh.; Lamcescu A.; Criveanu C.; Albu M.; Turcanu Gr.; Brahu C.; Stamatiu C.; Petroşanu I.*

Mişcare în corpul medical. *Dl Dr. Wolf Otto, actual medic definitiv al circ. Dumbrăveni din jud. Târnava-Mică se transferă, în urma concursului ce a depus ca definitiv în postul de medic primar ginecolog al ambutorului policlinic din Braşov, pe ziua de 1 Iunie 1937.*

D-na Dr. Maior Aurelia, actual medic stagiar al ambulatorului policlinic din Mediaş, care a depus examenul special cerut prin art. 68 din legea de organizare a ministerului, se confirmă definitiv în postul ce ocupă, pe ziua de 1 Noemvrie 1935, dată la care a împlinit termenul ca medic stagiar.

Dl Dr. Lazăr Marcovici, fost medic stagiar pe bază de examen de capacitate, se reprimeşte în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Sânpaul, judeţul Târnava-Mică, pe ziua de 1 Iulie 1937.

Medicii sanitari stagiari mai jos menţionaţi, *care au împlinit stagiul cerut de lege, în baza examenului de capacitate ce au depus, se confirmă definitivi în posturile ce ocupă, după cum urmează:*

Dl Dr. Ioan Frăţilă la circ. Buia din judeţul Târnava-Mare.

Dl Dr. Victor Anceanu la circ. Iernut, judeţul Târnava-Mică.

Posturi vacante. *Conform art. 201 şi 203 din legea sanitară şi de ocrotire, se aduce la cunoştinţă generală că sunt vacante următoarele posturi:*

Medic primar al jud. Dorohoi.
Medic primar al secţiei de copii dela spit. Satul-Mare.
Medic dentist la ambulatorul policlinic din Oradea-Mare;
Medic al spitalului şi circ. Mălăeşti-Corbu, jud. Fălciu;
Medic al spitalului şi circ. Susleni, jud. Orhei;
Medic de spital mixt la spit. Poiana-Mare, jud. Dolj;
Medic de spital mixt la spitalul Mizil, jud. Buzău;
Medic circ. Şicula, jud. Arad;
Medic al circ. Glodeanurile, jud. Buzău;
Medic al circ. Rechetău, jud. Cluj:

Medic al circ. Băleni, jud. Dâmbovița;
Medic al circ. Hurezani, jud. Gorj;
Medic al circ. Biled, jud. Timiș-Torontal;
Medic al circ. Zăvoeni, jud. Vâlcea;

Medic de spital în specialitatea bacteriologie la laboratorul spitalului C. F. R. Nr. 2 București, grupa I-a, categoria IX-a, cl. III-a.
Medic de laborator la spitalul din Târgoviște.
Medic de laborator la spitalul din Tg. Jiu.
Medic de laborator la spitalul din Călărași.
Medic de laborator la spitalul din R.-Vâlcea.
Medic de laborator la spitalul Schuler-Sfetescu din Ploești.
Medic de laborator la spitalul de boli mintale Costiugeni (Lăpușna).
Medic primar al secției medicale dela spitalul Beiuș.
Medic de spital mixt la spitalul Cahul.
Medic pediatru la dispensarul din Apahida (Cluj).
Medic puericultor la serviciul sanitar al jud. Făgăraș.
Medic ftiziolog la serviciul sanitar al jud. Făgăraș.
Medic primar la centrul pentru ocrotirea copiilor Iași,
Medic primar al sanatorului T. B. C., Erbiceni (Iași).
Medic puericultor la serviciul sanitar al jud. Lăpușna.
Medic primar pediatru la spitalul din T.-Severin.
Medic primar al secției de oto-rino-laringologie la spitalul Tg.-Mureș.
Medic al orașului R.-Sărat.
Medic primar al secției de boale contagioase la spitalul din Satu-Mare.
Medic primar, secția dermato-venerice, dela spitalul central din Arad.
Medic primar pediatru la spitalul Dej.
Medic primar radiolog la spitalul Soroca.
Medic radiolog la spitalul Tulcea
Medic al spitalului și circ. Balta (Mehedinți).
Medic al spitalului și circ. Romăncăuți (Hotin).
Medic al spitalului și circ. Baia de Criș (Hunedoara).
Medic primar al jud. Cluj.

Medic primar de policlinică de categoria IX-a, cl. II și medic de categoria X-a, cl. II-a, ambele în specialitatea de boli interne (cardiologie), la policlinica O. A. P., C. F. R. nr. 1 din București.
Medic al circ. Dârste (Brașov).
Medic al circ. Turnu (Arad).
Medic al circ. Moinești II, și medic al circ. Mărgineni (Bacău).
Medic al circ. Corni (Botoșani).
Medic al circ. Largu (Buzău).
Medic al circ. Răşcu (Baia).
Medic al circ. Pârlița (Bălți).
Medic al circ. Cazaclia (Cahul).
Medic al circ. Bazaurț (Caliacra).
Medic al circ. Dalboșeț (Caraș).
Medic circ. Vădeni (Cetatea Albă).
Medic circ. Cătina (Cluj).
Medic circ. Daneț și medic circ. Pielești (Dolj).
Medic circ. Cornești (Dâmbovița).

Medic circ. Băseşti (Fălciu).
Medic circ. Turbaţi (Gori).
Medic circ. Bălcăuţi şi medic circ. Cotiugeni (Hotin).
Medic circ. Brăneşti, Tărtăşeşti, Domneşti şi Bobeşti (Ilfov).
Medic circ. Isvoarele (Iaşi).
Medic circ. Drăsliceni (Lăpuşna).
Medic circ. Botiza (Maramureş).
Medic circ. Pângăraţi şi medic circ. Rediu (Neamţ).
Medic circ. Cucuruzeni (Orhei).
Medic circ. Deleni (Olt).
Medic circ. Brazi, Măgureni şi Şoimari (Prahova).
Medic circ. Volovăţ (Rădăuţi).
Medic circ. Vădastra (Romanaţi).
Medic circ. Văleni (Roman).
Medic circ. Carapaciu pe Ceremuş (Storojineţ).
Medic circ. Vişoca, medic circ. Hristici şi circ. Gura Căinari (Soroca).
Medic circ. Băseşti (Sălaj).
Medic circ. Gârbova (Sibiu).
Medic circ. Cornereva (Severin).
Medic circ. Dobroteşti (Teleorman).
Medic circ. Cobusca-Veche (Tighina).
Medic circ. Rădăcineşti (Tecuci).
Medic circ. Tomai (Tighina).
Medic circ. Vânători (Târnava-Mare).
Medic circ. Arsache (Vlaşca).
Medic circ. Brezoiu şi medic circ. Dozeşti (Vâlcea).

D-nii medici, care întrunesc condiţiile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale până la 22 Iulie.

***Condiţiunile de admitere** ale Institutului Surorilor de Ocrotire din Cluj.*

Durata cursului este de 3 (trei) ani. Fiecare an şcolar începe la 15 Septemvrie.

Pentru admiterea în Institutul Surorilor de Ocrotire din Cluj — Calea Moţilor No. 27 — candidatele vor înainta cereri scrise cu mâna proprie, prevăzute cu timbrul legal. Cererile se înaintează cel mult până la 20 August. Odată cu cererea de înscriere, candidatele trebue să depună următoarele acte:

a) *Actul de naştere, prin care să dovedească vârsta admisibilă de 18—30 ani;*

b) *Certificatul şcolar prin care să dovedească absolvirea a cel puţin patru clase secundare sau normale, se preferă absolvente a liceului „curs superior";*

c) *Certificat de cetăţenie;*

d) *Certificat de moralitate, eliberat de preotul parohiei unde e domiciliată candidata;*

e) *Certificat medical, eliberat de un medic al statului, care nu exclude o examinare medicală riguroasă în şcoală;*

f) *Consimţământul scris al părinţilor, sau al tutorilor legali. Sunt dispensate candidatele majore.*

Candidatele vor face un examen de admitere din materiile clasei a IV-a secundară şi anume Limba română, Istorie-Geografie.

Candidatele declarate admise, ca eleve ale Institutului, vor trebui să mai răspundă următoarelor obligaţiuni:

Vor depune taxele:

150·— Lei taxe de examene la admitere;
1.000.— „ taxa anuală de înscriere;
Anul I 3.500·— „ uniforme;
Anul II 1.500·— „ uniforme;
Anul III 1.500·— „ uniforme.

Cărţile şi rechizitele şcolare privesc pe eleve.

In aceleaş condiţiuni se face primirea şi la şcoala surorilor de ocrotire Iaşi, Str. I. G. Duca 28.

Recomand D-lor medici marele şi permanentul meu depozit în **ape minerale şi termale**

Izvoare indigene:

„Slănic Moldova"
Karlsbad-ul României
„Căciulata"
„Malnaş Maria" Alcalină salină
„Hebe"
„Phönix" Buziaş
„Baross"
„Elöpataker-Vălcele"
„Borsec"
„Matild"

Izvoare streine:

„Vichy" Celestins
Hôpital
Grand Grille
„Vittel"
„Karlsbader" Mühlbrunn,
Sprudel
„Gleichenberger"
„Giesshübler"
„Salvator"
„Oberselters"

Ape minerale purgative:

„Breazu" — „Francisc Iosif" — „Jgmander"

LUDWIG FUCHS, Sibiu

Magazin de coloniale şi ape minerale.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1937.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

La primele simptome ale gripei şi altor boli de răceală

Novalgin-Chinin

Cupează repede adeseori instantaneu boala. Scoboară temperatura. Inlătură durerile.

AMBALAJE ORIGINALE:
Tub cu 10 şi flacon cu 20 drageuri.

Novalgin

Efect sigur şi în cazuri rebele de **reumatism poliarticulat.** Fenomenele secundare cedează repede, de asemenea şi durerile.

AMBALAJE ORIGINALE:
Tablete: Tub cu 10 şi flacoane cu 250 tablete de 0,5 g.
Soluţie 50% Cutii cu 5 şi 10 fiole de 1 şi 2 cmc.
Cutii cu 5 fiole 5 cmc.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9285—3-9286.

Anul IV. No. 8—10. **40 Lei exemplarul.** Aug.—Oct. 1937.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie: Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I., Dr. Udvarnoky E.
Secretari de redacţie: Dr. Matinca I. şi Dr. Lungu C.

Comitetul de redacţie: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Creţu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman şi Doc. Dr. Câmpeanu, Braşov; Dr. Cornea, Făgăraş; Dr. Cahane şi Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighişoara; Dr. Ghiţescu, Sibiu; Dr. Giurca, Făgăraş; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ionaşiu, Dr. Manta, Dr. Mavru şi Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Mureşan, Mediaş; Dr. Nistor, Braşov; Dr. Onaca, Sighişoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roşca, Dr. Slavu şi Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ştefan, Braşov; Dr. Solomon, Sighişoara; Dr. Sireteanu, Mediaş; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Ursu, Dr. Vilt, Sibiu.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Dr. I. Stoichiţia şi *Dr. C. Lungu:* Guşa endemică şi inteligenţa Pag. 239

Dr. I. Matinca: Roburose în terapeutica chirurgicală . . „ 250

Dr. Pompiliu Nistor: Raport despre vaccinările şi rezultatele epidemiologice după vaccinările cu anatoxină difterică-scarlatinoasă, în comunele rurale ale judeţului Braşov în anii 1935 VII.—1936 VI. . . . . „ 252

Dr. I. Săroiu: Vaccinările antituberculoase pe o perioadă de 6 ani în oraşul Diciosânmărtin . . . . . „ 257

Dr. Marius Dăncilă: Câteva noţiuni generale asupra tratamentului cu hormoni în tulburările funcţionale ale sistemului genital al femeii „ 262

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Problema moaşelor comunale . . . Pag. 269

Dr. G. Preda: şi *Dr. C. Lungu:* Câteva consideraţiuni asupra funcţionării dispensarului neuro-psihiatric din Sibiu . Pag. 274

Dr. P. Nicolescu şi *Dr. C. Strat:* Lupta biruitoare a medicilor români contra bolilor contagioase în timpul războiului de întregire a neamului . . . . . „ 281

Dr. Virgil Baican: Organizaţiunea sanitară a şcoalelor din Blaj . . . . . „ 285

Probleme de ocrotire:

Z. Costreş: Impresii dela Congresul internaţional al surorilor din Londra . . . . Pag. 292

Revista cărţilor . . . . . „ 295

1. *Dr. Petre Vlad,* medic şef al Municipiului Cluj: Raport de activitate pe anul 1936 . . . . . .
2. *Dr. Niculescu* şi *Dr. C. Strat:* Anatomia, Fiziologia şi Igiena omului, pentru clasa IV secundară

Revista revistelor . . . . „ 297

Note de terapeutică . . . „ 299

is.: † Dr. Mircea Albini . . „ 308

is.: † Dr. Emanuel Ilcuşiu . „ 309

is.: † Dr. Ilie Iancu . . . . „ 310

Note şi informaţiuni . . . „ 311

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic şi analgetic
la dureri provenite din spasme

Indicaţiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului şi duodenului,

spasme — urmări ale unor operaţii gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreţiune (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale şi vezicale,

constipaţiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăţi.

Lichid (soluţie 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm³
(1 cm³ conţine 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăţi.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puţin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi ½–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi ½ fiolă.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.
Produse chimico-farmaceutice
str. Atena 29, Bucureşti III

Anul IV. Nr. 8—10. 40 Lei exemplarul. August—Oct. 1937

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

SIROP DE EPHETONINĂ CONTRA TUSEI
Merck

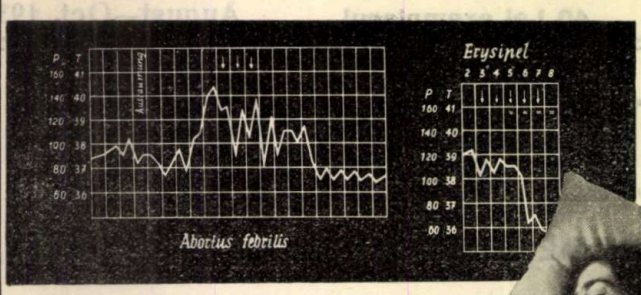
la tuse
tuse convulsivă
bronşite

Flacoane cu aprox. 100 şi 170 gr.

E. MERCK - DARMSTADT

Repr.: **Dr. I. BINDER**
Bucureşti II.
Str. Luigi Cazzavillan 34.

SIBIU, 1937
Tiparul institutului de arte grafice „DACIA TRAIANĂ"



Literatura medicală ne relatează mereu despre acţiunea excelentă a noului chimioterapeutic

Prontosil

în toate infecţiunile strepto- şi stafilococice

Erisipel, angină, septicemie post partum, avort septic, artrite, cistite, pielite, precum şi în infecţiuni colibacilare.

Efect neîntrecut şi la administrare per os. Bine tolerat atât per os, cât şi intramuscular.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN a. Rh.

AMBALAJE ORIGINALE:

Tub cu 20 tablete de 0,3 g.
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9285—3-9286.

Guşa endemică şi inteligenţa.

de

Dr. Iosif Stoichiţia, şi **Dr. C. Lungu,**
Insp. General Sanitar. medic secundar.

Cercetările moderne endocrinologice demonstrează importanţa deosebită pe care o au tulburările glandulare în determinarea debilităţii mintale. Poter (1) arată că din 849 defectivi mintali din Letchworth Village, 37% prezintă disfuncţiuni glandulare evidente. Între aceste tulburări glandulare predomină sindromele de insuficienţă tiroidiană. Insuficienţa tiroidiană produce „o apatie gravă, o încetineală în ideaţiune (bradipsihism), o indiferenţă şi o insensibilitate la stimuli externi, o lipsă de emotivitate şi o tendinţă la imobilitate şi la somn" (N. Pende 2). In formele grave vom avea idioţia mixedematoasă şi cretinismul, iar „în formele mai puţin accentuate se grupează copiii întârziaţi în vârsta lor şcolară şi preşcolară" (Leopold—Levi 3).

Rezultatele utilizării metodelor obiective de măsurare a inteligenţei (prin teste mintale) confirmă în parte aceste observaţiuni. E. J. Fox (4) examinând inteligenţa la 182 copii (între 3 şi 16 ani) diagnosticaţi ca suferind de tulburări endocriniene, găseşte următorul coeficient de inteligenţă (coeficientul de inteligenţă normal este dela 90 la 110 cu media 100).

101	Hipotiroidieni	C. I.	dela	33—115	media	75
3	Hipertiroidieni	„ „	„	59— 94	„	81
23	Hipopituitari	„ „	„	30—110	„	74
2	Hiperpituitari	„ „	„	52— 61	„	57
3	Tiro-Pituitari	„ „	„	71— 90	„	77
50	Pluriglandulari	„ „	„	30—108	„	71

Pentru a evidenţia influenţa guşei endemice asupra capacităţii mintale e nevoie să comparăm capacitatea mintală a normalilor cu copiii care prezintă guşă evidentă, indiscutabilă, rezultatele fiind astfel mult mai demonstrative [1]).

[1]) Se poate de altfel ca guşa endemică din America datorită tratamentului iodat, să nu prezinte manifestări atât de intense ca la noi.

De altfel ca o metodă de control al corelaţiunii dintre guşă şi inteligenţă avem controlul terapeutic. Administrarea de extract tiroidian aduce ameliorarea coeficientului de inteligenţă, cu condiţia ca această administrare să fie foarte de timpuriu, cum spune Schweisinger (5).

*

Cercetările de faţă reprezintă un aspect dintr'o preocupare a noastră mai extinsă. Unul din autorii acestor rânduri (Dr. Stoichiţia 6), în colaborare cu dl Prof. Danilopolu, s'a ocupat cu problema „Tiroidiilor Endemice şi Sporadice" sub diversele lor aspecte. In această cercetare s'a dat importanţa cuvenită stării mintale a tiroidienilor, totuşi credem că o revenire asupra problemei, utilizând metodele cantitative ale psihologiei experimentale nu este fără interes.

Metoda utilizată în prezenta lucrare a fost următoarea: Am aplicat la copiii şcolari din comunele guşogene, Tilişca, Răşinari şi Poplaca din jud. Sibiu, testele de inteligenţă neverbale de grup forma B. ale Institutului de Psihologie din Cluj. Paralel cu examinarea psihologică copiii au fost examinaţi din punctul de vedere al guşei, fiind notaţi toţi aceia care prezintau guşă netă şi evidentă. Rezultatul examinărei psihologice a fost exprimat în coeficient de inteligenţă. Coeficientul de inteligenţă se obţine împărţind etatea mintală prin etatea cronologică şi înmulţind rezultatul cu 100:

$$C.\ I. = 100\ \frac{E.\ M.}{E.\ C.}$$

Pentru a fi mai bine înţeles materialul expus de noi, dăm clasificarea în categorii mintale a coeficientului de inteligenţă, după instrucţiunile date de Institutul de Psihologie din Cluj (Coeficientul ideal normal este 100, etatea mintală fiind exact egală cu etatea cronologică).

C. I.		*Categoriile mintale*
0— 22	idioţi	= Debili mintali
23— 49	imbecili	
50— 69	moroni	
70— 79	mărginiţi	= Inapoiaţi mintali
80— 89	proşti	
90—109	normali	
110—119	deştepţi	= Superiori
120—129	f. deştepţi	
130 şi peste	eminenţi	

Am examinat în total 202 elevi dintre care am găsit 83 având guşă evidentă. Repartiţia lor este următoarea:

	Guşaţi		Negusaţi	
Comuna Tilişca	19 . . .	38.77%	30 . .	61.22%
Comuna Răştnari	11 . . .	28.20%	28 . .	71.80%
Comuna Poplaca	53 . . .	46.49%	61 . .	53.51%

In tabelele care urmează sunt expuse toate aceste cazuri. Semnul + arată prezenţa guşei, iar la rubrica C. I. este notat coeficientul de inteligenţă:

Tabele nominale:

Şcoala primară Tilişca.

Nr.	Numele	C. I.	Etatea	Sexul	Guşa	Nr.	Numele	C. I.	Etatea	Sexul	Guşa
1	I. P.	124	9.4	masc.		26	I. M.	91	10	fem.	+
2	I. P.	123	11	fem.		27	T. A.	90	9	fem.	
3	F. M.	122	9	fem.		28	B. M.	90	10.2	fem.	
4	N. P.	117	9.7	fem.		29	B. I.	90	9	masc.	
5	B. D.	112	9.2	fem.		30	V. M.	89	10.8	fem.	+
6	S. M.	111	9.9	fem.		31	S. P.	87	9.5	fem.	+
7	S. I.	110	9.2	masc.		32	R. C.	86	10.4	fem.	
8	I. N.	109	10.7	masc.		33	C. D.	86	9.9	masc.	+
9	B. M.	104	10.5	fem.		34	I. D.	85	10.4	masc	
10	M. P.	104	10.2	fem.		35	B. D.	84	11	masc.	
11	M. I.	104	10.5	masc.		36	H. D.	83	10	masc.	+
12	F. A.	103	9.4	fem.		37	I. A.	83	10.1	fem.	+
13	B. M.	100	9.6	fem.		38	L. A.	83	11.2	fem.	+
14	I. M.	100	9.1	fem.		39	B. S.	81	9.7	masc.	+
15	S. D.	99	10.2	masc.		40	T. N.	80	12.3	masc.	
16	B. M.	98	9.10	fem.		41	P. F.	78	10.11	fem.	+
17	C. B.	98	11.2	fem.		42	I. D.	77	10	masc.	+
18	B. I.	98	10	masc.		43	B. D.	76	10	masc.	+
19	S. I.	97	10.5	masc.	+	44	M. D.	76	9.8	masc.	+
20	I. S.	96	10	fem.		45	S. D.	75	11.2	masc.	+
21	C. D.	95	9.9	masc.		46	P. M.	75	10.8	fem.	+
22	G. P.	95	9.4	masc.		47	D. M.	68	11	fem.	+
23	I. V.	93	9.6	masc.		48	B. M.	62	11	fem.	+
24	B. I.	93	10	masc.		49	B. M.	57	10.5	fem.	+
25	G. V.	91	10.3	masc.	+						

Şcoala primară Răşinari.

Nr.	Numele	C. l.	Etatea	Sexul	Guşa	Nr.	Numele	C. l.	Etatea	Sexul	Guşa
1	E. A.	124	12	băiat		21	M. N.	85	11.9	băiat	+
2	V. P	117	11.3	fată		22	C. D.	85	12	băiat	
3	R. D.	109	12.5	băiat		23	G. E.	84	10.4	fată	
4	B. A.	109	10.6	fată		24	C. I.	84	11.8	băiat	
5	M. M.	107	11.1	fată	+	25	H. M.	83	14.1	fată	
6	D. M.	106	11.1	fată		26	P. A.	82	10.4	fată	
7	A. M.	105	11.2	fată		27	O. M.	77	12	fată	+
8	H. St.	99	12.1	fată	+	28	L. S.	76	11.3	fată	+
9	S. S.	99	12.1	fată		29	B. L.	76	10.10	fată	
10	B. M.	98	11	fată		30	B. I.	75	11.10	băiat	
11	B. M.	97	12.11	fată		31	G. A.	74	11.9	fată	
12	C. St.	96	11.6	fată		32	S. A.	72	9.11	fată	
13	P. St.	96	12.6	fată		33	B. P.	70	10.10	fată	+
14	I. A.	96	12	fată		34	L. A.	68	12.7	fată	
15	B. A.	95	11.1	băiat		35	M. P.	65	13.1	fată	
16	H. I.	94	11.5	băiat		36	C. S.	63	12.4	fată	+
17	A. P.	93	11.5	fată		37	L. I.	61	11.2	băiat	+
18	S. M.	91	8.11	fată		38	C. D.	55	13	băiat	
19	B. S.	89	10.11	fată	+	39	B. Ş	54	12.11	băiat	+
20	B. A.	85	11.2	fată	+						

Şcoala primară Poplaca.

Nr.	Numele	C. l.	Etatea	Sexul	Guşa	Nr.	Numele	C. l.	Etatea	Sexul	Guşa
1	I. I.	120	12.6	băiat		9	R. M.	107	12.4	fată	
2	B. V.	114	11.6	băiat		10	D. P.	106	12.2	băiat	
3	G. S.	112	10.7	fată	+	11	O. M.	105	10.5	fată	+
4	M. M.	112	12	fată		12	I. A.	104	13.2	fată	+
5	S. I.	111	11.5	fată		13	B. I.	104	10.5	băiat	
6	M. V.	110	13.4	băiat		14	C. M.	103	10.4	fată	
7	D. M.	110	11.3	fată	+	15	I. D.	103	11.9	băiat	
8	M. M.	108	11.2	fată		16	S G.	102	13.6	băiat	

Nr.	Numele	C. l.	Etatea	Sexul	Guşa	Nr.	Numele	C. l.	Etatea	Sexul	Guşa
17	M. S.	101	11.10	fată	+	49	O. A.	86	13.2	fată	
18	B. M.	101	12	fată		50	M. A.	85	13	fată	
19	B. M.	100	10 9	fată	+	51	A. l.	85	11.4	băiat	+
20	D. M.	98	11.1	fată		52	S. l.	85	10.9	băiat	
21	B. V.	98	12 9	băiat		53	A. l.	85	10.8	băiat	+
22	O. M.	98	13.3	fată		54	O. M.	84	11	fată	+
23	S. l.	97	12.10	băiat	+	55	G. M.	84	14	fată	
24	D. l.	96	11	băiat	+	56	N. M.	84	12.5	fată	
25	B. M.	95	12.1	fată	+	57	M. N	84	13.9	băiat	+
26	M. M.	94	12.6	fată	+	58	G. M.	83	12.5	fată	
27	M. M.	94	12.2	fată		59	D. A.	83	12.1	fată	+
28	l. M.	94	13.1	fată		60	D. l.	83	10.3	băiat	+
29	M. M.	94	11.10	fată		61	O. M.	83	11.11	fată	
30	S. M.	94	11.21	fată		62	M. M.	83	13.5	fată	
31	B. N.	93	10.8	băiat	+	63	O. E.	82	11.2	fată	
32	O. R.	93	10.9	băiat		64	B. M.	82	10.7	fată	
33	O. l.	93	12.1	băiat		65	T. P.	81	12.5	băiat	+
34	B. M.	93	11.1	fată		66	B. S.	80	10.1	fată	+
35	S. l.	93	13 9	fată		67	B. l.	80	13.8	băiat	
36	M. M.	92	10.5	fată		68	B. Gh.	79	12.5	băiat	
37	L. P.	92	11.10	băiat		69	B. M.	79	11.10	fată	+
38	S. M.	92	11.9	fată		70	S. V.	78	11.9	băiat	+
39	O. M.	92	12.11	fată	+	71	M. C.	78	13	băiat	
40	S. D.	91	11.6	băiat		72	C. A.	76	10.9	fată	
41	l. M.	91	12.3	fată		73	S. A.	75	11.1	fată	+
42	M. M.	91	12.11	fată		74	B. P.	75	11.2	băiat	
43	l. M.	91	10.1	fată		75	B. l.	74	12.5	băiat	+
44	l. M.	91	11.4	fată		76	B. D.	74	12.1	fată	+
45	S. D.	90	12.6	băiat	+	77	B. P.	74	12.1	fată	+
46	l. A.	90	12.2	fată		78	O. A.	74	12.9	fată	+
47	G. V.	87	12.3	băiat	+	79	D. l.	73	11.7	băiat	+
48	M. A.	86	10	fată	+	80	M. A.	73	10.3	fată	

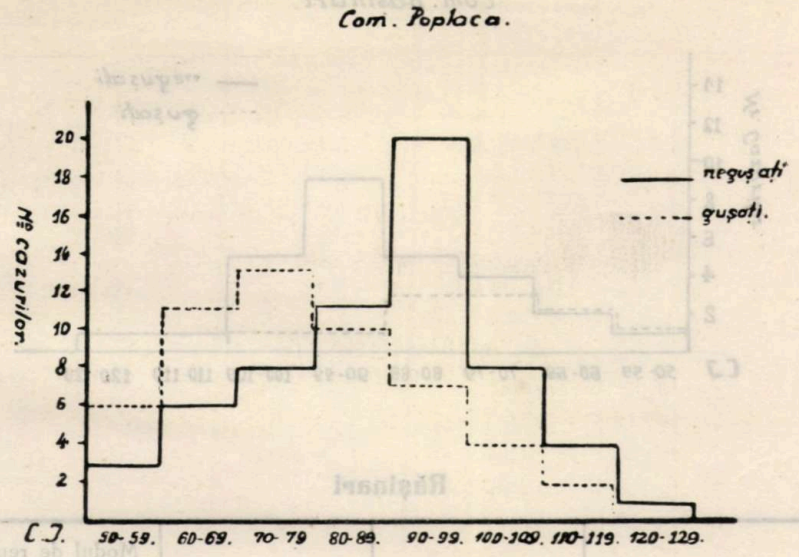
Nr.	Numele	C. I.	Etatea	Sexul	Guşa	Nr.	Numele	C. I.	Etatea	Sexul	Guşa
81	S. O.	73	11.9	băiat	+	98	B. M.	64	12.6	fată	
82	S. D.	73	12.9	băiat		99	N. M.	63	11.7	fată	
83	M. O.	73	12.10	băiat	+	100	M. S.	63	11.5	fată	
84	O. M.	73	10.9	fată	+	101	P. T.	63	10.9	băiat	+
85	T. D.	72	11.10	băiat		102	N. I.	62	14.1	băiat	+
86	V. D.	72	10.9	băiat	+	103	S. O.	60	10.5	băiat	+
87	N. D.	72	12.11	băiat		104	C. M.	60	12.5	fată	+
88	G. N.	70	12	băiat	+	105	V. P.	60	11.8	băiat	+
89	I. A.	68	12.2	fată		106	M. A.	58	11.6	fată	
90	M. P.	65	12.2	băiat		107	B. M.	57	11.2	fată	+
91	S. P.	65	11.9	fată	+	108	D. M.	57	12.4	fată	
92	M. I.	65	11	băiat	+	109	D. B.	56	13.6	băiat	+
93	B. I.	65	10.5	băiat	+	110	S. A.	55	11.2	fată	+
94	O. M.	65	10.5	fată	+	111	A. I.	53	12.9	băiat	+
95	M. A.	64	11	fată		112	C. A.	53	12.3	fată	
96	C. M.	64	11.7	fată	+	113	B. A.	53	11.1	fată	+
97	O. A.	64	11.5	fată	+	114	O. A.	50	12	fată	+

Făcând media coeficientului de inteligenţă la guşaţi şi negusaţi, am obţinut următoarele rezultate:

	Guşaţi	Negusaţi
Tilişca	C. I. = 79.73	C. I. = 100.43
Răşinari	C. I. = 80.25	C. I. = 90.28
Poplaca	C. I. = 77.49	C. I. = 87.87
Total gen. .	C. I. = 78.39	C. I. = 92.86

Această tabelă este cât se poate de demonstrativă: In fiecare comună negusaţii prezintă în medie un coeficient de inteligenţă mai ridicat decât guşaţii. La totalul general, guşaţii se prezintă cu 13 puncte mai scăzuţi (plasându-se în medie în categoria mărginiţilor) decât negusaţii (a căror medie intră în categoria normalilor). Diferenţa este atât de însemnată încât concluzia se impune: *Guşa endemică merge paralel cu o importantă scădere a capacităţii mintale.*

Graficele care urmează exprimă şi mai clar faptul că guşaţii tind să se plaseze spre extrema cea mai slabă a curbelor de variaţie.

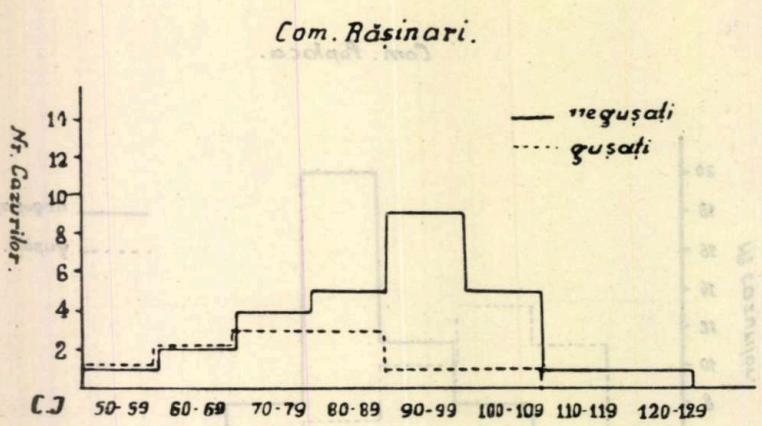


Poplaca.

C. I.	Negușați	Gușați	Modul de repartiție al C. I. la populația neselecționată
Moroni . 50—69	9 . . 14.75%	17 . . 32.28%	1.96%
Mărginiți . 70—79	8 . . 13.11%	13 . . 24.53%	6.86%
Proști . . 80—89	11 . . 18.03%	10 . . 18.87%	15.68%
Normali . 90—109	28 . . 45.89%	11 . . 20.76%	49%
Deștepți . 110—119	4 . . 6.55%	2 . . 3.77%	15.68%
F. deștepți 120—129	1 . . 1.64%	0 . . 0%	6.86%
Eminenți 130 și peste	0	0	1.96%

Totalul subiecților 114

Gușați	53	46.49%
Negușați	61	53.51%

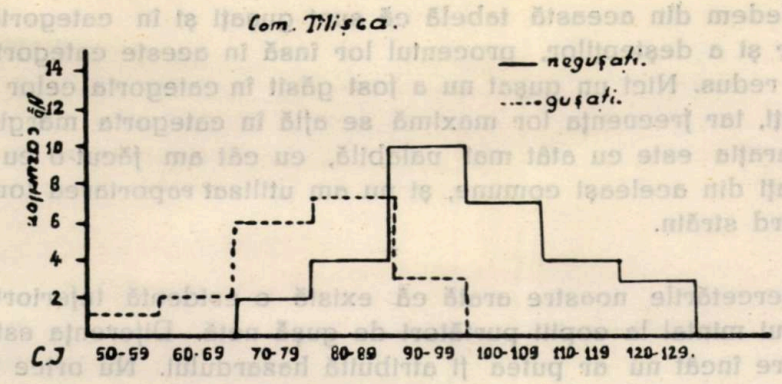


Răşinari

C. I.	Negușați	Gușați	Modul de repartiție al C. I. la populația neselecționată
Moroni . 50—69	3 . . 10.71%	3 . . 27.27%	1.96%
Mărginiți . 70—79	4 . . 14.28%	3 . . 27.27%	6.86%
Proști . . 80—89	5 . . 17.86%	3 . . 27.27%	15.68%
Normali . 90—109	14 . . 50%	2 . . 18.18%	49%
Deștepți . 110—119	1 . . 3.57%	0 . . 0%	15.68%
F. deștepți 120—129	1 . . 3.57%	0 . . 0%	6.86%
Eminenți 130 și peste	0	0	1.96%

Totalul subiecților 39

Gușați	11	28.20%
Negușați	28	71.80%



Tilişca.

C. I.	Negușați	Gușați	Modul de repartiție al C. I. la populația neselecționată
Moroni . 50—69		3 . . 15.79%	1.96%
Mărginiți . 70—79	2 . . 6 66%	6 . . 31.57%	6.86%
Proști . . 80—89	4 . . 13.33%	7 . . 36.84%	15.68%
Normali . 90—109	17 . . 56.66%	3 . . 15.79%	49%
Deștepți . 110—119	4 . . 13.33%	0 . . 0%	15.68%
F. deștepți 120—129	3 . . 10%	0 . . 0%	6.86%
Eminenți 139 și peste	0	0	1.96%

Totalul subiecților 49

Gușați 19 38.77%

Negușați 30 61.22%

In ansamblul lor copiii examinați (din toate trei comunele) s'au repartizat în următoarele categorii mintale:

Coeficientul de inteligență		Gușați	Negușați
50—69	Moroni	23. . . . 27.70%	12. . . . 10.08%
70—79	Mărginiți	22. . . . 26.50%	14. . . . 11.76%
80—89	Proști	20. . . . 24.09%	20. . . . 16.80%
90—109	Normali	16. . . . 19.27%	59. . . . 49.57%
110—119	Deștepți	2. . . . 2.41%	9. . . . 7.56%
120 —129	Foarte deștepți		5. . . . 4.20%
130 și peste	Eminenți		

Vedem din această tabelă că sunt guşaţi şi în categoria normalilor şi a deşteptilor, procentul lor însă în aceste categorii fiind foarte redus. Nici un guşat nu a fost găsit în categoria celor foarte deştepţi, iar frecvenţa lor maximă se află în categoria mărginiţilor. Comparaţia este cu atât mai valabilă, cu cât am făcut-o cu copiii negușaţi din aceleaşi comune, şi nu am utilizat raportarea lor la un standard străin.

*

Cercetările noastre arată că există o evidentă inferioritate a nivelului mintal la copiii purtători de guşă netă. Diferenţa este atât de mare încât nu ar putea fi atribuită hazardului. Nu orice înapoiere mintală este însă în funcţiune de guşă, dar un mare procent de scăderi al coeficientului de inteligenţă îl găsim la guşaţi. Scăderea nivelului mintal însemnează însă scăderea capacităţii de producţie şi de adaptare socială.

In această privintă este de altfel semnificativă constatarea organelor de control din învăţământul primar (revizori, subrevizori), care au observat mai de mult că elevii din şcolile primare din comunele guşogene sunt mult inferiori ca inteligenţă elevilor din comune fără guşă. Această constatare „empirică", dar reală, este pe deplin confirmată prin cercetările făcute de noi cu ajutorul testelor de inteligenţă.

Paralel cu reducerea inteligenţei, se constată însă şi o evidentă degenerare fizică a copiilor din regiunile guşogene şi astfel problema guşei endemice în anumite regiuni ale ţării, regiuni care sunt mai extinse şi mai numeroase decât s'ar crede, devine una dintre cele mai importante probleme medico-sociale dar şi de igienă şi profilaxie mintală, care reclamă o rezolvire cât mai integrală.

Primele măsuri care se impun sunt de a se cunoaşte cât mai precis regiunile atinse de această maladie socială, împreună cu numărul de cazuri, cu deosebire la copii şi în al doilea rând elaborarea unui plan de acţiune de igienă şi profilaxie corporală şi mintală ce trebue aplicat pe o scară întinsă şi cât mai neîntârziat*).

Măsurile preconizate de dl Profesor Danielopolu şi colaboratorii săi în studiile apărute în Buletinul Academiei de Medicină pot servi ca îndreptar pentru Ministerul Sănătăţii şi ar fi de dorit ca aceste măsuri să fie aplicate fără întârziere.

---

*) In comuna Tilişca unde s'a aplicat în ultimii 2 ani picături Lugol s'a găsit o scădere a numărului de guşă dela 50% (cât a fost acum doi ani înainte de aplicarea tratamentului iodat), la 38.77%, deci o reducere de 11.23%.

Bibliografie.

1. H. W. Potter: Endocrine Therapy in Mental Deficiency, Endocrinology 1923. 7. 25—40.

2. Pende N.: Endocrinologia Ed. IV. 1934, Milano, vol. I., p. 597—598.

3. Léopold-Lévi: Le tempérament et ses troubles. Paris, Oliven 1929, p. 93—94.

4. E. J. Fox: Au investigation of the Effect of Glaudular Therapy on the Intelligence Quotient Mental Hygiene 1928, 12. p. 90—102.

5. Schwesinger G. C.: Heredity and Environment New-York, Macmillan 1933, p. 316—317.

6. Danielopolu în colab. cu Stoichiția etc.: Thiroides Endemiques et sporadques.

7. Docent Dr. L. Câmpeanu: Problema Guşei şi Cretinismului în România.

8. R. Oleson and M. R. Fernald: Endemic Goitre and Inteligence. U. S. Public Health Reports 1926, 41. 971—986.

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA

MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 lingurițe de cafea pe zi

J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Spitalul Public Sibiu. — Serviciul chirurgical.
Medic-primar Director Docent Dr. Filipescu.

Roburose în terapeutica chirurgicală.

De **Dr. I. Matinca**
medic secundar.

Corpurile zaharate pe lângă rolul însemnat care îl au în nutriţia organismului, sunt în acelaş timp şi importanţi factori terapeutici. Ele au avantaj asupra medicamentelor, cari sunt substanţe mai mult sau mai puţin toxice pentru organism, deoarece sunt identice cu alimentele naturale. Pot fi aplicate în afecţiunile cele mai variate şi chiar dacă acţiunea lor nu e specifică, — totuşi acţionând indirect în tulburările morbide vizate — suplinesc şi stimulează anumite funcţiuni fiziologice.

Dintre corpurile zaharate se utilizează cele din grupul chimic numite *hexoze;* dintre acestea se folosesc: *glucoza* care este o aldohexoză şi *levuloza* (un izomer al glucozei) care este o cetohexoză. Până în timpul din urmă a fost folosită mai mult glucoza, atât pe cale digestivă, cât şi în injecţiuni intravenoase. Sacharoza s'a folosit numai pe cale digestivă.

Astăzi, prin introducerea în arsenalul terapeutic a *Roburosei* de către Uzinele *„Ufarom S. A. R." Cluj,* s'a făcut utilizarea acestui hidrocarbonat şi prin injecţii intravenoase. Roburose se prepară prin hidroliza sacharozei, dedublând-o într'o moleculă de glucoză şi una de levuloză, — obţinând astfel un zahăr invertit cu incontestabile avantaje asupra glucozei, atât în ce priveşte administrarea cât şi ca efect terapeutic. Folosim acest preparat în serviciul nostru de un an de zile şi nu am observat în timpul sau după administrare, nici un fel de reacţie generală din partea bolnavului; ca senzaţie de căldură — ascensiuni termice ori dureri la locul înţepăturei. Pentru aceste motive şi pentru faptul că administrarea se ;practică uşor şi fără fenomene secundare am folosit preparatul într'un mare număr de cazuri la bolnavi operaţi cu afecţiuni diverse. Dând 1—3 fiole à 10 cm.^{3} la zi din Roburose 20 şi 40%, — am evitat la bolnavii

cu intervenţii pe tubul digestiv şi ficat, — denutriţia, ce poate avea urmări atât de nefaste pentru aceşti bolnavi cărora în primele 2 zile după intervenţie nu le permitem ingerarea nici unui aliment. La peste 60 de rezecţii de stomac nu am observat nici într'un caz fenomene de hipoglicemie ce poate fi întreţinută de o insuficienţă alimentară. Pentru aceleaşi motive am folosit-o cu succes la bolnavii cu stomac sensibil şi iritat ce nu se puteau alimenta din cauza vomărilor cotinue ce erau acompaniate de acicloză cu insuficienţă hepatică. La bolnavii cu intervenţii pe ficat am combătut insuficienţa hepatică, denutriţia şi hipoglicemia. Am observat o acţiune stimulantă a Roburosei, la bolnavii cu nutriţie insuficientă, asupra energiei musculare şi cardiace, asupra funcţiunii ficatului şi asupra organismului infectat şi intoxicat. Datorită acestei acţiuni stimulante asupra miocardului — la bolnavii cari au beneficiat de acest preparat nu am observat la nici unul fenomene cardiace cari să necesite alte cardiotonice.

Pe lângă aplicaţiile în afecţiunile renale, bolile infecţioase, intoxicaţiuni şi boli cu pierdere de lichide, se poate folosi pentru evitarea socului anafilactic, făcând prealabil o injecţie intravenoasă de roburose. Acţiunea ei mai protejează contra socului traumatic şi operator. Administrând bolnavului înainte cu câteva zile de operaţie, roburose, se poate preveni şocul operator, evitând astfel fenomenele intervenţiei ca slăbirea inimei, colapsul, oliguria.

Contra indicaţie nu-i găsim decât în diabet şi în stările hiperglicemice.

Mărturisim că am fost mult surprinşi de efectele terapeutice obţinute, atât înainte, cât mai ales după operaţie, când cu *Roburose* menţinem nutriţia, atenuăm acidoza consecutivă, favorizăm schimburile şi ameliorăm funcţiunea inimei.

Raport

despre vaccinările şi rezultatele epidemiologice după vaccinările cu anatoxină difterică-scarlatinoasă, în comunele rurale ale judeţului Braşov în anii 1935 VII—1937 VI.

De **Dr. Pompiliu Nistor,**
Medic Primar judeţean.

I. Vaccinări.

1. In Mai—Septemvrie 1935 s'au făcut vaccinările mixte cu anatoxină în 46 din 47 comune ale judeţului, la copiii între 1—10 ani (născuţi 1924—1934).

S'au catagrafiat 25.024 copii, din care plecaţi, neidentificaţi, amânaţi şi neprezentaţi 3.714.

Au primit vaccinul: toate 3 dozele	16.703
numai 2 doze	1.834
„ 1 doză	2.773
Total vaccinaţi .	21.310

O dare de seamă detaliată despre această campanie a apărut în „Sibiul Medical" Nr. 1—3/936;

2. In 1936 s'au continuat vaccinările în Septemvrie—Octomvrie, vaccinându-se copiii ajunşi la etatea de 1 an, ceilalţi copii care au absentat în 1935 şi s'a complectat vaccinarea celor rămaşi din 1935 cu vaccinări incomplecte.

S'au înscris pentru vaccinare:

născuţi 1934—35	3.198
rămaşi nevaccinaţi din 1935	2.837
rămaşi vaccinaţi incomplet din 1935 . .	4.026
Total .	10.061 copii.

Din aceştia au fost vaccinaţi:

ca completare cu 3 şi 2 doze	2.452
noui cu 3 doze	3.229
noui cu 2 doze	1.269
noui cu 1 doză	580
Total .	7.530

3. In 1937 s'au înscris din nou:

Cei născuţi 1935 şi 1936 până la 31 III. 1936 . . .	1.737
Cei rămaşi nevaccinaţi în 1935 şi 1936	2.138
Total de vaccinat .	3.875

La cari se adaogă cei rămaşi incomplet vaccinaţi din anii anteriori 2.738 precum şi cei vaccinaţi în 1935 cari au avut să primească vaccinarea de rappel (1 doză a 1 cm.^{3}).

Vaccinările au început la 1 Aprilie 1937 şi s'au încheiat în August 1937; nu avem încă toate datele finale ale vaccinărilor, dar s'au vaccinat aproximativ 5000 copii şi s'au revaccinat aproximativ 10.000.

Astfel în campania celor 3 ani, s'au vaccinat dintre născuţii anilor 1924—1936 III., circa 28.000 copii (din născuţii total de 32.000;

4. In 1936 Octomvrie s'a făcut şi proba Dick şi Schick la cei vaccinaţi complet, cu ambele anatoxine, în 1935, primăvara.

S'au făcut 1.752 probe Schick, din cari 84.5% negative, 10.7% slab pozitive, 3.5% pozitive şi 1.3% intens pozitive; precum şi 1.817 probe Dick, din cari 83.3% negative, 11.4% slab pozitive, 3.9% pozitive şi 1.4% intens pozitive.

Despre această lucrare am publicat o dare de seamă în „Buletinul Eugenic şi biopolitic" dela Cluj, Nr. 1—3/937.

II. Rezultate epidemiologice.

In prealabil trebue să menţionăm, că în judeţul Braşov, având o densitate mare de locuitori, pe şesul şi dealurile locuite, comune mari cu multă industrie, cu circulaţie mare între comune şi oraş, scarlatina este endemică, iar difteria foarte deasă.

Mai amintim că în 1934 ne aflam pe panta ascendentă a ciclului scarlatinei.

I. Difteria.

Dăm în tabelă situaţia înainte şi după vaccinare; începutul erei *după* vaccinare îl fixăm la 1 Iulie 1935, vaccinările fiind făcute în Mai—August.

Anul	Îmbolnăviri				Morți			
	Total	Din cari			Total	Din cari		
		vaccinați		nevacc.		vaccinați		nevacc.
		compl.	1-2 doze			compl.	1-2 doze	
1930	43	—	—	43	1	—	—	1
1931	61	—	—	61	9	—	—	9
1932	66	—	—	66	8	—	—	8
1933	27	—	—	27	3	—	—	3
1934	97	—	—	97	22	—	—	22
1935 I.—VI.	35	—	—	46	9	—	—	9
1935 VII.—XII.	11	—	3	8	4	—	1	3
1936	21	1	1	19	6	—	—	6
1937 I.—VI.	8	—	2	6	—	—	—	—

Cei 3 îmbolnăviți din 1935 incomplet vaccinați, s'au îmbolnăvit la 14 zile dela vaccinarea cu doza II.; sunt frați, unul a murit neprimind ser la timp. Cei 2 îmbolnăviți în 1937 dintre vaccinați, au fost vaccinați cu două doze în 1935 și nu au primit doza de rappel în 1937.

Concluzii:

1. Vaccinarea cu anatoxină a diminuat în mod esențial îmbolnăvirile de difterie, precum și mortalitatea;

2. S'au îmbolnăvit aproape numai nevaccinații sau incomplet vaccinați;

4. A crescut *proporția* îmbolnăvirilor a celor peste 10 ani, prin suprimarea îmbolnăvirilor la cei sub 10 ani, vaccinați.

Aceste date obligă a continua consecvent și strict vaccinările, începând cu copiii dela 1 an în sus și chiar cu cei sub 1 an.

II. Scarlatina.

Dăm în tabela următoare situația înainte și după vaccinări acest *după* fixându-l cu 1 VII. 1935.

Anul	Îmbolnăviri				Morți			
	Total	Din cari			Total	Din cari		
		vaccinați		nevacc.		vaccinați		nevacc.
		compl.	incompl.			compl.	incompl.	
1930	642	—	—	642	90	—	—	90
1931	309	—	—	309	42	—	—	42
1932	87	—	—	87	4	—	—	4
1933	102	—	—	102	9	—	—	9
1934	176	—	—	176	20	—	—	20
1935 I.—VI.	120	—	—	120	10	—	—	10
1935 VII.—XII.	56	11	10	35	5	—	—	5
1936	223	54	50	119	22	1	2	19
1937 I.—VI.	96	60	9	27	10	4	1	5

Menționăm că partea cea mai mare a îmbolnăvirilor din 1936 s'a întâmplat în circumscripțiile în cari s'a făcut vaccinarea cea mai puțină în 1935 și anume în cătunele unde vaccinarea, din cauza împrăștierii pe dealuri și depărtărilor de centru ale locuitorilor, s'a făcut mai puțin și mai neregulat (în cătunele Lădăuți, Bobocea, Brădet etc. din Buzăle Ardelene).

Semnificativ mai este că în centrele comunelor, în care vaccinarea a fost mai bună, îmbolnăvirile au fost mai puține și epidemia repede stinsă.

Ținem să mai accentuăm că în acele cătune a fost și partea cea mai mare din morți, atât la nevaccinați cât și la vaccinați.

Concluzii:

1. Deși dela 1933 ne aflăm în plină pantă de ascensiune a îmbolnăvirilor, totuși cu începerea vaccinărilor, panta a fost oprită și obligată a scobori;

2. Îmbolnăvirile cele mai multe privesc pe cei nevaccinați.

Luând îmbolnăvirile, dar numai în etate de 1—10 ani din Iulie 1935 până inclusiv Iulie 1936, adică pe 13 luni, cari au fost 176 și raportându-le la vaccinări, avem următoarele proporții:

Din 16.703 copii vaccinați s'au îmbolnăvit . . 36 = 0.22%

Din 4.607 copii vaccinați incomplet (1—2 doze) s'au îmbolnăvit . . . . . 35 = 0.76%

Din 3.714 copii nevaccinaţi s'au îmbolnăvit (neprezentaţi, neaflaţi, mutaţi, amânaţi, dar înscrişi în catagrafie) . . . . . 62 = 1.70%

Dacă însă vom scoate din cei 3.714 nevaccinaţi pe cei amânaţi din Feldioara unde nu s'au făcut vaccinări în 1935 şi n'a fost nici o îmbolnăvire, precum şi pe cei mutaţi şi neidentificaţi în comune şi reţinând numai pe cei ce existau cu siguranţă în comune, dar s'au sustras dela vaccinare, cari sunt 1551, atunci avem la 1551 copii, 62 îmbolnăviri = 4%.

Deci proporţia dintre îmbolnăviţi din vaccinaţi, complect şi incomplect este de 1 : 3.5, iar a celor îmbolnăviţi din vaccinaţi complet faţă de nevaccinaţi de 1 : 18;

3. Mortalitatea e mai mare la nevaccinaţi ca la vaccinaţi;

4. Vaccinările nu dau imunitate aşa de perfectă şi îndelungată ca cea difterică, pentru aceea reactivarea va trebui făcută în tot al 2-lea an;

5. Cu cât creşte proporţia celor vaccinaţi din aceeaşi etate, cu atât mai mult îmbolnăvirile ating tot în număr şi proporţie mai mare, cum e şi natural, pe cei vaccinaţi;

6. Cu toată vaccinarea virusul circulă încă în tot cuprinsul, cauzând îmbolnăviri şi chiar epidemii şi cauzând încă destul de mulţi morţi.

Ce-ar fi însă dacă virusul găsea un teren neimunizat? De sigur epidemii masive.

Aceasta ne face să perseverăm în continuarea vaccinărilor mixte.

„LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

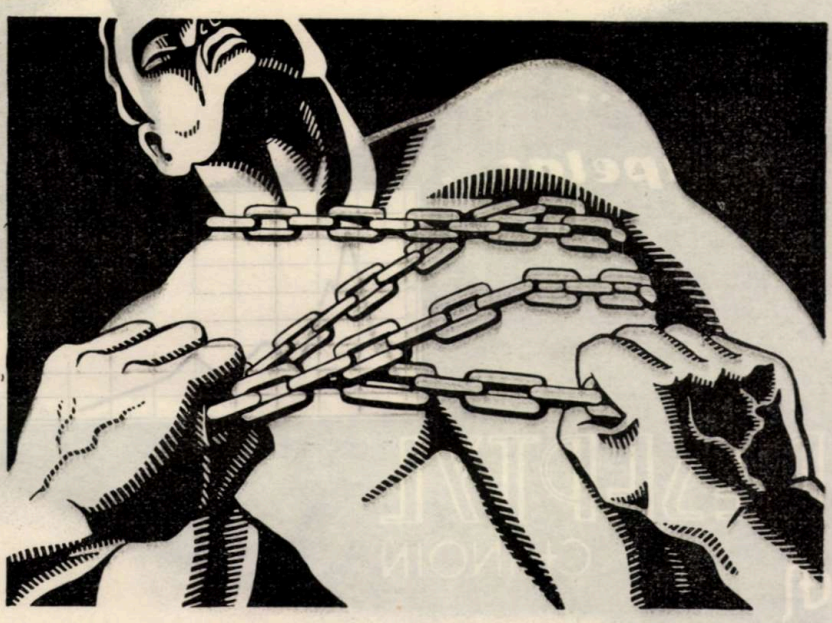
Emulsie pură de **ferment lactic** selecţionat, având menirea de a transforma diferite substanţe hidrocarbonate din tractul intestinal în **acid lactic**, contribuind astfel la reducerea florei microbiene intestinale patogene.

Indicat în: **enterite acute şi cronice, diabet, intoxicaţii de origină intestinală, ciroze,** colibaciloză, etc.

Posologie: copii mici până la 3 ani: una linguriţă la oră. Copii dela 3 ani în sus: câte 2 linguriţe înaintea meselor. Adulţi: câte 3–4 linguri mari înaintea meselor.

La cerere trimitem literatură şi eşantioane spre experimentare.

Laboratorul „LACTOFERMENT Dr. ROBIN", Bucureşti, I, Str. Regală 11 bis.



Cardiazol-Efedrina «Knoll»

cupează

astmul,

combate

insuficiența circulației

KNOLL A.-G.
Ludwigshafen a. Rh.

Tablete. — Fiole. — Lichid.

«KNOLL» S. A. R., Produse chimica-farmaceutice, BUCUREȘTI 3.

Strada Atena Nr. 29

Sepsis...
Erysipelas...
DESEPTYL
CHINOIN
EXCLUSIVITATEA: FREDERIC SPODHEIM & Co S-A BUCUREȘTI-I STR-SFT-CONSTANTIN 4

ÎN
INJECȚII
SUB-CUTANEE
VERITABIL
NEDUREROASE
ACETYLARSAN
ÎMPLINEȘTE
CONDIȚIUNILE
CERUTE DE
DIFERITELE
MODALITĂȚI
AL TRATAMENTULUI
ANTISIFILITIC
TRATAMENT DE ASALT
TRATAMENT DE ÎNTREȚINERE
TRATAMENT DE ÎNCERCARE
HEREDO-SIFILIS
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
21, Rue Jean-Goujon - PARIS-8e
DRÉVILLON

Vaccinările antituberculoase pe o perioadă de 6 ani în oraşul Diciosânmărtin.

De **Dr. I. Săroiu,** medicul oraşului.

Consideraţiunile medico-social-economice ce rezidă la baza extinderii tuberculozei; ca lipsa de locuinţe igienice, promiscuitatea, numărul mare de copii la familiile sărace, lipsa unui regulament edilitar şi unui plan de sistematizare a oraşului, o muncitorime plătită prost şi exploatată, fără nici un control medical la industriile insalubre, greşala edililor la aplicarea legii împroprietăririi — înfiinţând cartiere neigienice, — toate acestea fac ca procentul morbidităţii prin tuberculoză să se menţină în oraşul nostru la o cifră urcată de 7.9‰ locuitori în 1932, ca în 1936 să scadă cu 3‰ o cifră inconstantă, considerând emigrările şi imigrările muncitorilor cari populează cele 3 fabrici din acest oraş.

Evoluţia tuberculozei (cazuri şi decese) pe anii 1922—1936 din oraşul Diciosânmărtin.

Anii	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Bolnavi de t. b. c. cifre abs.	13	11	18	26	14	16	15	11	13	28	52	33	31	37	30
Morbiditatea proporţia la 1000 locuitori	2	1.6	2.7	3.9	2.1	2.4	2.2	1.6	1.9	4.2	7.9	5.1	4.8	5.7	4.6
Morţi de t. b. c. cifre abs.	7	10	10	10	12	9	11	6	9	12	14	6	8	11	7
Mortalitatea, proporţia la 1000 decese pe toate cauzele	43.4	63.6	51.2	60.9	73.1	57.4	75.9	41	64.7	71.4	82.9	32.4	109.5	144.7	122.4

Alarmat de aceste constatări, precum şi de datele expuse în lucrarea „Igiena socială“ a d-lui Dr. Banu, unde oraşul Diciosânmărtin figurează între primele oraşe infectate de tuberculoză; în toamna anului 1932 am introdus vaccinarea antituberculoasă la nouii născuţi în mod facultativ, pentru toate clasele sociale.

Vaccinul B. C. G. îl obţinem dela Institutul „Dr. Cantacuzino“ săptămânal şi automat, în doze suficiente, ca să putem vaccina pe toţi nouii născuţi dela o săptămână la alta.

In primii ani părinţii primeau cu satisfacţie vaccinarea pruncilor, atingând 84.3 la % vaccinaţi la 100 născuţi, deşi printre intelectuali era în proaspătă, memorie accidentele dela Lübeck şi mai aveam şi opoziţia colegilor cu şcoala vieneză, ca în anul 1936 procentul vaccinaţilor să decadă la 72.5%, datorită şi unui caz prin coincidenţă nefast.

„Soţia unui confrate dă naştere unei fetiţe la 6 Iunie 1936, ca a doua zi după naştere să prezinte un icter al nouilor născuţi, de formă uşoară. Ni se cere să-i trimitem vaccinul B. C. G., fără a i se da importanţă icterului. In 9 Iunie i se dă prima fiolă, icterul se agravează, constatând în gură şi câteva puncte aftoase. Nu se mai continuă cu vaccinarea şi moare în 12 Iunie 1936, cu diagnoza de icter şi afte, verificată de un medic competent“.

Nu credem şi nici n'am putea găsi explicaţia ca vaccinul să fi agravat evoluţia boalei.

Dela vaccinări eliminăm numai copiii extrem de debili sau prematuri născuţi debili, pe cari nu contăm în o existenţă peste 10 zile.

Agendele surorii de ocrotire, ce ne lipseşte, le face moaşa comunală, controlat fiecare caz de noi. Noului născut vaccinat, îi întocmim fişa de vaccinare antituberculoasă, după modelul fişei Institutului „Dr. Cantacuzino“, ţinându-l sub observaţie până la revaccinarea a doua (trei ani împliniţi), dela care dată trece în fişele vaccinaţilor contra scarlatinei, difteriei, T. b. c., etc., special întocmite la Serviciul dispensarului nostru [1]).

Natalitatea şi mortalitatea infantilă pe anii 1927—1937, 30—VI.

Anii	1927	1928	1929	1930	1931	Med. pe 5 ani anterior perioadei de vac.	1932	1933	1934	1935	1936	1937	Media pe 6 ani perioada de vaccin
Născuţi cifre abs.	131	134	148	127	120	132	114	118	109	107	111	44	107
Natalitatea	19.9	20.3	22.4	19.3	18.2	20	17.4	18.3	17	16.7	17.1	6.9	16.6
Morţi sub 1 an cifre abs.	22	18	15	18	12	17	18	11	16	15	12	4	13
Mortalitatea infantilă	12.2	13.4	10 1	14.1	10	**12.9**	15.8	9.3	14.6	14	10.8	9	**12 1**

[1]) Aceste fişe speciale le-am descris în Sibiul Medical Nr. 3—4 din 1937.

După vaccinare de 6 ani, făcută la 391 cazuri ce constitue 76.6% din total născuţi, am încercat să ne convingem dacă vaccinarea B. C. G. înafară de imunitatea specifică ce-ar oferi-o, are vreo influinţă şi asupra mortalităţii generale infantile, dacă procentul de mortalitate deşi suficient de mic în oraşul nostru, de 14.1% în 1930 şi 10% în 1931 (procente extreme din perioada dinaintea vaccinărilor) poate fi scăzut. Cu toată verificarea riguroasă a datelor, constatăm că procentul mortalităţii infantilă pe anii operaţiunilor de vaccinare, nu-i influenţat, decât numai cu câteva zecimale, astfel media pe perioada anilor dinaintea vaccinărilor este de 12.9%, iar media pe perioada anilor de vaccinare este redusă abia la 12.1%, deci c'o scădere a mortalităţii infantile abea de 0.8 la % [1]).

Probabil că cifrele mici pe cari le-am prelucrat să fie cauza unei diferenţe puţin favorabile, dar corectarea trebuia să se facă prin cei 6 ani de vaccinări, dacă vaccinul bliat prin imunizarea specifică ar contribui şi la augmentarea rezistenţei faţă de alţi microbi.

Comparând cifrele noastre cu cifrele obţinute de alţi autori, n'am putea trage concluzia, că vaccinările cu B C. G., ar reduce mortalitatea infantilă, că ele ar fi unul din factorii determinaţi în scăderea deceselor primei copilării.

Decesele vaccinaţilor cu B. C. G. şi nevaccinaţilor pe cauze şi ani.

Anul	Operaţia	Aparat. respir. fără t. b. c.	Enterită	Debilitate congenit.	Hernie ombilic.	Peritonită nu t. b. c.	Spasmofilie	Tetanie	Tusă convulsivă	Icter	Cauză nedeterminată	Total
1932 20—IX.	vaccinaţi	1									1	2
	nevaccinaţi		1									1
1933	vaccinaţi	3	7	2							1	13
	nevaccinaţi				1							1
1934	vaccinaţi	1	2	3								6
	nevaccinaţi	1		7		1						9
1935	vaccinaţi	1	1	2			1					5
	nevaccinaţi			3					1			4
1936	vaccinaţi	2		3					1	1		7
	nevaccinaţi			2				1		1		4
1937 30—VI.	vaccinaţi		1					1				2
	nevaccinaţi											
Total	vaccinaţi	8	11	10			1	1	1	1	2	35
	nevaccinaţi	1	1	12	1	1		1	1	1		19
Total general												54

[1]) Dr. Nistor obţine o ameliorare de 2% în 1931, Revista de Igienă Nr. 9—1932, iar Dr. Enescu, 6%, Revista de Igienă Nr. 10—1934.

Dacă privim tabloul deceselor pe cauze şi ani, din cele 54 cazuri decese, 12 au murit de enterită şi 22 de debilitate congenitală, cauze pe cari vaccinarea specifică nu le poate influenţa.

Aceste vaccinări însă trebuesc să fie cuprinse în arsenalul celorlalte mijloace pentru combaterea mortalităţii infantile, ele contribuind doar la prevenirea deceselor de cauză specifică.

Vaccinul B. C. G. îl dăm începând cu a 4 zi de naştere din 2 în 2 zile, revaccinarea primă tot în trei doze, la un an împlinit şi revaccinarea a doua la trei ani împliniţi, în trei doze.

Proporţia vaccinărilor şi revaccinărilor cu B. C. G. şi a deceselor provenite din acestea pe anii 1932-20-IX.—1937-30-VI.

Operaţiunea		Din copiii născuţi în anii: 1932		1933		1934		1935		1936		1937		Total		
		c. abs.	%	c. abs.	%	c. abs.	%	c. abs.	%	c. abs.	%	c. abs.	%	c. abs.	%	
Vaccinaţi	I. vaccin	4	15.3	25	27.4	17	20.4	18	20	48	64.9	27	100	139	35 5	% calculat la 100 vaccinaţi din toate grupele, pe ani.
	II. vaccin	1	3.8	15	16.4	39	40.9	72	80	26	33.8			153	39 2	
	III. vaccin	21	80.7	51	51	27	32.5							99	25.3	
Total		26		91		83		90		74		27		391		
Decese din:	I. vaccin	2	50	11	44	6	35.5	5	27.7	7	14.5	2	7.4	33	23.8	% calculat la 100 vacc. pe grupe şi pe ani.
	II. vaccin			2	13.3									2	1.3	
	III. vaccin															
Total		2		13		6		5		7		2		35		

Tabelă comparativă între decedaţi vaccinaţi cu B. C. G. şi decedaţi nevaccinaţi pe anii 1932-20-IX. şi 1937-30-VI.

Anul	Vaccinaţi		Morţi din cei vaccinaţi		Nevaccinaţi		Morţi din cei nevaccinaţi	
	cifre abs.	% raportat la născuţi	cifre abs.	% raportat la vaccin	cifre abs.	% raportat la născuţi	cifre abs.	% raportat la nevacc.
1932—20-IX.	26	70.2	2	5 4	11	29.7	1	9
1933	91	78.4	13	14 2	27	22 8	1	3.7
1934	83	79	6	7.2	26	23.8	9	34.4
1935	90	84.3	5	5.5	17	15.8	4	23.5
1936	74	72.5	7	9 6	37	33.3	4	10.8
1937—30-VI.	27	56 2	2	7.4	15	34	—	—
Total	391	76.7	35	8 9	133	25.3	19	14.2

Din totalul născuţilor în decurs de 6 ani am vaccinat 76.7% şi anume: 35.5% cu prima vaccinare, 39.2% cu a doua vaccinare şi 25.3% cu a treia vaccinare raportat la 100 vaccinaţi. Pentru a treia vaccinare operaţiunile sunt în curs, neîmplinind toţi copiii încă vârsta de 3 ani.

La 100 vaccinaţi obţinem 8.9% copiii morţi, iar la 100 nevaccinaţi 14.2%. O diferenţă apreciabilă, care justifică intensificarea şi extinderea vaccinărilor pe un teren cât mai vast.

Vârsta între 11 zile şi un an dă procentul cel mai mare de decese 5.7% la 100 născuţi pentru vaccinaţi şi 1.7% pentru nevaccinaţi.

Procentul mortalităţii vaccinaţilor cu B. C. G şi nevaccinaţilor pe grupe de vârstă, raportat la 100 născuţi, pe anii 1932-20-IX. până 1937-30-VI.

Grupa de vârstă	Vaccinaţi morţi		Nevaccinaţi morţi	
	cifre abs.	0/0 la născuţi	cifre abs.	0/0 la născuţi
0—10 zile	2	0.3	9	1.7
11z.—1 an	31	5.7	9	1.7
1—5 ani	2	0.3	1	0.1
Total	35	6.6	19	3.6

N'am putut înregistra nici un caz de deces de tuberculoză printre copiii ţinuţi în evidenţă dela începerea vaccinărilor (1932—20 Sept.).

Printre copiii vaccinaţi, în 12 familii a fost contact tuberculos, fie mama, tata sau fraţi sufereau de tuberculoză, fără ca la cei vaccinaţi până în prezent să se manifeste vreo leziune tuberculoasă, deşi nici unul n'a fost izolat din mediul în care s'a născut, nici vreo alimentaţie sau îngrijire specială nu i s'a oferit.

Concluzii.

Mortalitatea infantilă pe epoca de vaccinare, comparată cu cea înainte de vaccinare este prea puţin diminuată, ce nu ne îndreptăţeşte să confirmăm că vaccinările cu B. C. G. reduc în mod simţitor mortalitatea infantilă, care trebue combătută prin toate mijloacele şi mai presus de toate prin cele economico-sociale, rămânând ca vaccinările antituberculoase să se întrebuinţeze pentru combaterea mortalităţii infantile prin tuberculoză.

2. Mortalitatea vaccinaţilor se reduce cu 5.3% faţă de cei nevaccinaţi, fără ca procentul acesta să ne îndreptăţească să credem că s'ar păstra dacă am vaccina sută la sută.

3. Vaccinul biliat oferă o imunitate celor vaccinaţi, neprezentând dintre cei vaccinaţi, până la vârsta de 6 ani nici o leziune tuberculoasă cu tot mediul tuberculos.

4. Se impune intensificarea vaccinărilor antituberculoase pentru dublu motiv:

a) Combaterea tuberculozei primei şi a doua copilării;

b) Prin vaccinările cu B. C. G. medicul la contact mai frecvent cu familiile, depistând cazurile de tuberculoză şi implicit boalele sociale, cunoscându-şi calitatea populaţiei din raza de activitate.

Câteva Noţiuni Generale

asupra

Tratamentului cu hormoni în turburările funcţionale ale sistemului genital al femeii.

De **Dr. Marius Dăncilă.**

Prin progresul ce s'a înfăptuit în ultimii 15 ani în domeniul fiziologiei şi endocrinologiei ovarului s'a clarificat în bună parte acţiunea acelor elemente hormonale, cari influenţează funcţiunea sexuală a organismului femeei şi cu drept cuvânt *Morhardt* afirmă că cea mai însemnată descoperire din ultimii ani a fost aceea a foliculinei, datorită lui *Courier, Allen şi Doisy.*

După cum era şi firesc foliculinoterapia şi în general hormonoterapia a găsit un întins teren de aplicaţie în terapia turburărilor endocrine genitale la femee.

Dela administrarea de ovar proaspăt, ori de praf de ovar uscat, s'a trecut întâiu la extracţia totală ce conţinea hormoni diferiţi, dotaţi cu o acţiune diferită, uneori chiar antagonistă, pentru a ajunge în ultimul timp la o terapie raţională, printr'o acţiune simultană s'au succesivă de hormoni unici, dozaţi şi administraţi după scheme în legătură cu observaţiile experimentale şi clinice ale cazurilor.

In prezenta notă voiu expune principalele date asupra celor doi hormoni ovarieni de acţiune diferită — foliculina şi hormonul corpului galben — şi asupra hormonului gonadotrop prehypofizar, care e un excitant al funcţiunei ovariene.

Inainte de a trece la tratamentul turburărilor funcţionale ale sistemului genital femenin, cred că e bine a aminti câteva noţiuni asupra celor trei hormoni şi a acţiunei lor.

Hormonul gonadotrop prehipofizar, e după cum am spus, stimulentul funcţional al ovarului, el e cel ce excită elaborarea de folicutină, provocând desvoltarea foliculului şi acţionând în acelaş timp asupra formaţiunii corpului galben.

Micşorarea intensităţii de acţiune a hipofizei anterioare se poate deci traduce prin încetarea ciclului evolutiv al foliculului.

Ovarul înregistrând excitaţiunea hipofizei anterioare, prin evoluţiunea foliculului şi elaborarea foliculinei, declanşează — însă nu desăvârşeşte — evoluţia uterului în vederea fixării ovulului.

In urma ruperii foliculului, tot sub influenţa hipofizei anterioare, la naştere un corp galben, care dacă n'are loc gestaţiunea, regresează rapid. Această regresare se produce în acelaş timp cu maturaţiunea foliculului următor.

Corpul galben, secretă un hormon numit luteină, progrestină, sau flaveină, care conlucrează la menţinerea ritmului normal al ovarului, şi care complectând acţiunea foliculinei, asigură desvoltarea uterului în vederea fixării ovulului fecundat.

Există deci o synergie de acţiune între aceşti doi hormoni ovarieni, synergie ce nu există decât în anumite condiţiuni de cantitate şi timp. Un exces de foliculină de ex. neutralizează acţiunea flaveinei şi invers.

Foliculina singură nu determină decât un început al desvoltării mucoasei uterine, preparatoare acţiunii luteinei, iar luteina singură fără acţiunea preparatoare a foliculinei, e fără de efect.

Foliculina e deci hormonul care prepară prima fază a ciclului uterin, stadiu de proliferare, caracterizat prin înmulţirea elementelor citologice ale mucoasei, iar luteina la rândul ei determină secreţiunea mucoasei.

In general, tulburările funcţionale ale sistemului sexual al femeei, au la bază factori patologici exogeni, primitivi, pentru care fapt, înainte de începerea tratamentului cu hormoni, se va încerca printr'o anamneză şi examen conştiincios, pe cât posibil, corijarea lor. Aceşti factori, psihici, igienici, alimentari (stare de nervozitate, o climă şi un mediu nefavorabil, o muncă prea grea, maladii, etc.), se vor corija printr'o viaţă sănătoasă, pe cât posibil activă, în aer liber, cu exerciţii sportive raţionale, nu prea obositoare, alimentaţie abundentă însă nu prea excesivă, variată, abundentă în vitamine, deci multe verdeţuri şi fructe.

Dela început, în ce priveşte tratamentul trebue să precizez că e foarte greu a da norme generale pentru administrarea preparatelor hormonale; fiecare caz se va trata în parte, după caracterele şi scopul ce voim a-l obţine.

In mod natural însă, asociaţia terapeutică a celor trei hormoni este în legătură cu alteraţiunile funcţiunilor fiziologice ale aparatului genital al femeei.

E bine ca tratamentul cu hormoni să fie precedat de „dozajul hormonal", util în toate cazurile şi indispensabil atunci când credem că sunt necesare doze mari în tratament. Dozajul foliculinei este cu atât mai necesar, cu cât s'au văzut cazuri, când o amenoree sau oligomenoree se datorea nu unei lipse, ci unui exces de foliculină — aşa zisele amenoree hiperhormonale ale lui *Zondeck*. — *Seguy* citează cazul unei femei tinere care aproape nu avea reguli, şi la care tratamentul cu foliculină a avut ca rezultat, suprimarea totală a menstruaţiei, cu agravarea tuturor tulburărilor subiective. Administrându-i-se corp galben s'a produs o ameliorare.

* * *

A) *In hipofuncţiunea ovariană*, întârzierea pubertăţii, hypomenoree. Se poate folosi numai foliculină, însă în general dă mai bune rezultate tratamentul mixt. Se va începe deci prin hormonul prehipofizar, excitarea fiziologică, normală a hipofizei anterioare asupra ovarului, pentru stimularea desvoltării foliculului, activarea producerii de foliculină şi prepararea formaţiunei corpului galben.

In acest scop dela a 7-a până la circa 14-a zi din perioada intermenstruală se va injecta zilnic (pe cale intramusculară sau subcutanată profund) câte 100 u. s. de hormon gonadotrop prehypofizar.

Hormonul prehypofizar acţionează direct asupra ovarului. In acelaş timp acţionează indirect prin intermediul ovarului asupra restului tractusului genital.

Va fi apoi necesar să se procure organismului un surplus de foliculină pentru a substitui ceeace un ovar uzat nu poate produce, chiar excitat fiind de către o cantitate masivă de hormon gonadotrop. Se va completa deci terapeutica cauzală, terapeutica excitantă a ovarului, printr'o terapeutică de substituţie.

Pentru aceasta se va administra în ultimele 8 zile ale perioadei intermenstruale, zilnic 1000—2000 unităţi de foliculină, preferabil pe cale intramusculară.

Dacă e cazul unei hypofuncţiuni uşoare, în general hormonul luteinic nu e indispensabil. In hypofuncţiunea mai gravă însă, cum sunt acelea cari au rezistat foliculinei, este indicată în zilele cari urmează ovulaţiei, deoarece luteina administrată imediat după spargerea foliculului, desăvârşeşte evoluţia mucoasei uterine.

Corpul galben va fi deci intercalat între hormonul prehypofizar şi foliculină, între a 14-a şi a 21-a zi a perioadei intermenstruale. Se va injecta deci zilnic, timp de 5—6 zile, câte o fiolă de circa 100 unităţi de luteină.

B) *In hyperfuncțiunea ovariană.* Se va folosi zilnic, timp de 6—8 zile, începând cu a 10-a zi înainte de data presupusă a menstruației, câte o fiolă de 100 unități de hormon prehypofizar. Odată cu apariția menstruației, injectați în primele 2 sau 3 zile 200—500 unități de hormon prehypofizar. Dacă stăm în fața unei hemoragii importante se pot injecta dintr'o dată 500 unități din acest hormon.

Hormonul prehypofizar dacă este injectat în decursul metroragiilor, exercită o acțiune frenatorie remarcabilă, fapt citat de către *Guy Laroche și D-na Meurs—Blatter* la al 4-lea congres francez de Gynecologie.

Folicullna e de regulă, contra indicată în metroragii.

Un rol important joacă aci luteina, care se va da singură sau în asociație cu hormonul prehypofizar.

Se vor administra în timpul celor 8 zile ce preced data menstruației, câte 100 unități de luteină zilnic, pentru a anihila astfel, acțiunea excesului de folicullnă.

C) *In turburările menopauzei naturale și chirurgicale.* Atunci când se bănuește că ovarul mai e susceptibil la excitația cu hormon prehypofizar, cred că ar fi utilă stimularea lui prin acest hormon. In medie se vor administra 100 unități timp de 6 zile pe lună, în a doua jumătate a intermestrului.

Dacă e cazul unei menopauze chirurgicale, acest hormon este inutil, este evident însă, că prin îndepărtarea bruscă a ovarelor este nevoe, cel puțin câtva timp, de substituirea hormonilor absenți, de folicullnă și corp galben.

In menopauza, atât naturală, cât și chirurgicală, tratamentul se va baza în deosebi pe folicullnă, căci după cum spuneam trebue substituit ceeace prin inactivitate sau suprimarea ovarului, nu se mai produce.

Unii autori cred că această lipsă nu trebue substituită prin doze exagerate; *Ulrich* atrage atenția asupra tulburărilor ce le-ar produce dozele exagerate de folicullnă, atât la femeile în menopauză, cât și la cele tinere, căci de multe ori se produce o hyperplazie a mucoasei uterine, ceeace îl face să prevadă „consecințe mai îndepărtate".

Apropos de aceste „consecințe îndepărtate", citez pe *Diamant—Berger* cari raportează cazul unei femei de 33 ani, ce în urma unei cure cu doze exagerate de folicullnă, după doi ani de tratament, a trebuit să fie operată de carcinom al pancreasului.

Alții cred din contră, că o cantitate mai mare de folicullnă, administrată din timp în timp, dă mai bune rezultate.

Alexis Bakk, într'o comunicare recentă, relevă un caz de reapariţie a regulelor la o femeie de 55 ani, prin injecţii cu folicullnă.

„Bolnava în chestiune e de mai bine de trei ani în climacterium, se plânge de o depresiune nervoasă cu anxietate şi astenie generală. Nu prezintă buffeuri de căldură, nici alte tulburări vasomotorii. E obeză (92 Kgr.) având o înălţime de 1,64.

Titrajul hormonal (4 Aprilie 1936) arată o insuficienţă ovariană totală II—III grade, cu reacţie iritativă a lobului anterior al hypofizei. Metabolism bazal 15,30%—Colesterinemia 2 gr. 40.

Se fac din timp în timp, câteva injecţii cu folicullnă, 1000 unităţi şi extract tyroidian à, 0,05.

Administrând odată o doză mai puternică de folicullnă, se constată că bolnava se simte mai bine, pentru care fapt se reînoeşte această doză de 50.000 unităţi, administrându-se în interval de 10—14 zile, pentru a se provoca apariţia unor eventuale reguli. Şi iată după 5 injecţii făcute în decurs de 7 săptămâni cu (250.000 u. s. folicullnă), apariţia menstruaţiei.

Câteva zile înainte de apariţia hemoragiei, bolnava se plângea de dureri, greutate în regiunea inferioară a abdomenului, ce au dispărut odată cu apariţia menstruaţiei.

Deodată cu durerile premenstruale bolnava a simţit o tumefiere a mamelelor. Ca stare generală se simte „întinerită". Hemoragia, ce avea toate caracterele menstruaţiei a durat 4 zile".

S'ar putea foarte bine discuta observaţia. S'ar putea spune că pierderea de sânge n'a fost menstruaţie; că folicullna făcând o hyperemisaţie provoacă o hemoragie uterină fără ca aceasta să fie menstruaţie; s'ar putea contesta oportunitatea procedeului, s'ar putea determina neoplasme, etc. In orice caz, problema este la ordinea zilei în domeniul endocrinologiei.

Cantitatea de folicullnă ce noi o credem necesară în asemenea cazuri, este de circa 6000—10.000 u. s. pe lună, ce se va injecta intramuscular sau subcutanat profund, câte 1000—2000 unităţi pe zi, timp de 6 zile.

Trebue să amintesc însă, bazat pe cele ce ştim relativ la eliminarea hormonală în menopauză, că folicullna trebue întrebuinţată numai în faza oligo — hormonală şi nici decum în faza polyhormonală.

Pentru a consolida rezultatul obţinut prin folicullnă, se dă imediat după acest hormon circa 600 unităţi de luteină pe lună, zilnic câte 100 u.

D) *In hypertensiunile arteriale ale menopauzei*, foliculinoterapia e foarte indicată. Ea are în asemenea cazuri o dublă acţiune: înlocueşte pe deoparte secreţiunea absentă (fază oligohormonală), iar pe de altă parte exercită o acţiune hypotensoare. Reacţia la foliculină la hypertensive, în afară de perioada genitală este mult mai accentuată, decât la femeile tinere normale.

Sub influenţa tratamentului cu foliculină, vedem tensiunea scoborându-se repede, la o cifră aproape de normală.

Voiu reda pe scurt pentru orientare, una din observaţiuni, datorită d-lui *Dr. S. Cohn.*

D-na R., în vârstă de 49 ani, căsătorită, cu doi copii sănătoşi, consultă în ziua de 3 Maiu pentru valuri de căldură în obraz, inapetenţă, transpiraţie, insomnie, amenoree, slăbiciune generală, o stare de nelinişte şi de nervozitate, care durează de 2 luni. Până în lanuarie a. c., menstruată regulat. Penultima menstruaţie a avut-o la 28 lanuarie, iar ultima la 28 Martie, în cantitate redusă. De atunci este amenoreică. Bolnava declară că nu a suferit niciodată de vre-o afecţiune a aparatului genital. La examenul clinic nimic deosebit, decât tensiunea mărită. La Pachon Mx. 17, Mn. 9. La examenul ginecologic se constată că anexa dreaptă este de mărimea unui ou de găină, dură, mobilă, nedureroasă, lipită de corpul uterin. Diagnostic: Menopauză cu insuficienţă ovariană, ovar sclerokistic în dreapta. Ca tratament i se prescrie lactat de calciu 6 grame pe zi şi injecţii intravenoase la 2 zile, cu foliculină, fiole a 100 u. s.

După 4 injecţii se constată că tensiunea arterială a scăzut la: Mx. $12^1/_2$ Mn. $7^1/_2$. Această tensiune se menţine scăzută până azi, când luându-se din nou, e găsită staţionară. Celelalte tulburări subiective au dispărut aproape complect.

Iată deci că după 4 injecţii cu foliculină, tensiunea a redevenit la normal, menţinându-se la acest nivel. O experienţă mai largă asupra acestei metode de tratament, va fixa valoarea sa în terapeutică. *(Crăiniceanu).*

E) *In sterilitate.* Aci se impune ca în primul rând să ţinem cont de factorii igienici şi alimentari.

Cura va fi apoi dirijată în contra factorilor patologici, ce trebuesc diagnosticaţi în mod diligent şi metodic. Se dă azi o mare importanţă permeabilităţii tubariene şi în deosebi salpingografiei.

Rolul mare îl joacă aci, Vitaminele şi în deosebi terapia hormonală.

Hormonii s'au demonstrat a fi într'adevăr eficace atât ca stimulenţi, cât şi ca substitutivi. S'a observat că pentru a obţine un

rezultat util sunt necesare doze mari: circa 500—1000 unităţi de hormon prehypofizar, 300.000 u. s. de folicullnă şi 500 unităţi de hormon luteinic. Aceşti hormoni trebuesc, bine înţeles administraţi în mod raţional. Cu schemă cred a fi cea mai nimerită următoarea *(Vozza)*: pentru 5 zile, hormon prehypofizar, dând 100—200 unităţi pe zi, pentru 10 zile folicullnă 10.000 u. s. pe zi şi în sfârşit pentru 5 zile hormoni de corp galben 100 unităţi pe zi.

Zeitz arată cum printr'un tratament combinat de hormoni (ovar, tyroidă, hypofiză) şi actinoterapie, a obţinut reluarea menstruaţiei în circa 50% a cazurilor, cu deşteptarea fecundităţii în 13% de sterilitate.

In orice caz însă, aceste cure trebuesc aplicate cât mai precoce, într'o cât mai tânără etate, când se mai poate obţine o reluare persistentă a activităţii genitale şi o cât mai complectă desvoltare e aparatului genital.

Tratamentul trebue menţinut cât mai mult timp, dacă e nevoe micşorând gradual dozele, în raport cu restabilirea funcţiunilor.

După cum am mai amintit, e foarte greu, dacă nu chiar imposibil, a da norme generale pentru tratamentul hormonal.

Am evidenţiat aceste norme, urmând o „cale medie". Stă însă la latitudinea oricărui practician să administreze dozele în raport cu fiecare caz în parte, după simptomele clinice ale bolnavelor, după rezultatul dozajului hormonal şi deseori chiar după proba terapeutică.

Bibliografia:

Alfieri E.: La profilassi e la cura della Sterilità, in rapporto con l'eugenia e il problema demografico. Bull. di Salsomaggiore 1936.

Bakk A.: Reapparition des regles chez une femee agée de 55 ans par injections de folliculine. Bull. et Mémoires de la Section d'Endocrinilogie. No. 4 Aville 1937.

Crăiniceanu Al.: Cercetări Clinice şi experimentale asupra acţiunei vasculare a folicullnei.

Doisy E., Curtis And. Collier W. D.: Effect of. theelin upon the developing ovary of the rat. Proc. Soc. Biol. 1931, 28.885—887.

Diamant—Berger L.: Folliculine et Cancer. Bull. Med. 1936. No. 7.

Guy Laroche et Mme. Meurs—Blatter: Recherches cliniques sur la luteine et l'hormone gonadotropne ante hypofysaire dans les hemoragies genitales. C. R. 4 éme Congrés francais de Gyn. et Obs. 1935 No. 9, 835—837.

Sannicandro G.: Gli ormoni del oëstro nella genezi del cancro. Riv. di Obst. e Gin. II, 1936.

Seguy J.: La folliculine est elle une hormone ovariene. Bull. Med. 1935, Nr. 43—26 Oct.

Seguy J. et Vimeux: A propos des sterilites inexpliquées Bull. Soc. Sexol. 1934—203—207.

Problema moaşelor rurale.

De **Dr. I. Stoichiţia.**

In legătură cu problema organizării sanitare rurale, atât de amplu discutată în ultimile congrese profesionale, s'a desbătut şi chestiunea asistenţii naşterilor din mediul rural, insistându-se în mod deosebit asupra necesităţii urgente de a se asigura o cât mai normală asistenţă elementară a tuturor naşterilor din acest mediu. S'au preconizat soluţiuni şi s'au făcut propuneri pentru rezolvirea acestei probleme, totuşi nu s'au luat până în prezent încă măsurile necesare de îndreptare şi de aceea socotim că este necesar şi util de a readuce în discuţiune problema, insistând pentru o cât mai integrală şi cât mai urgentă rezolvire a ei.

Credem că nu este necesar a mai stărui asupra consecinţelor dezastruoase pe care le are lipsa unei asistenţe elementare a naşterilor asupra mortalităţii materne şi infantile, mortalităţii care ne situează în fruntea celor mai rău organizate state din Europa. Este suficient doar să arătăm câteva cifre care sunt mai grăitoare decât orice documentare teoretică şi care ne vor ilustra mai bine starea dezagreabilă în care ne găsim.

După datele statistice furnizate de Institutul nostru Central de Statistică pentru anul 1935, vom constata că din totalul de 511.901 naşteri din mediul rural, au fost asistate:

In spital cu medic	590	adică	0,1%
La domiciliu cu medic	3.600	„	0,7%
„ „ „ moaşă dipl. . .	187.508	„	36,6%
„ „ „ „ empirică	293,539	„	57,4%
„ „ fără asistenţă . .	25.989	„	5,1%
Necunoscută	675	„	0,1%

Se constată deci că din totalul naşterilor unui an în mediul rural, abia 37,4% a gravidelor au beneficiat de o asistenţă elementară corăspunzătoare, iar 62,6% a naşterilor au fost lipsite de asistenţa elementară necesară.

Starea aceasta dezastruoasă şi care este aproape staţionară se explică însă uşor prin faptul, că în mediul nostru rural nu are cine să asigure asistenţa elementară a naşterilor, lipsind organele competente necesare, adică moaşele diplomate, cari în acest mediu se găsesc într'un număr cu totul insuficient.

Într'adevăr, dacă cercetăm bugetele Ministerului Sănătăţii vom constata cu uşurinţă că, din cifra de 2157 moaşe diplomate salariate sau suvenţionate de Stat, abia un număr de 1801 moaşe funcţionează efectiv în mediul rural ca moaşe de circumscripţie sau ca moaşe comunale. In afară de aceasta, în regiunile şi localităţile cu o situaţie materială mai bună, se mai găseşte un număr restrâns de moaşe diplomate „particulare" sau comunale retribuite din bugetele comunelor şi judeţelor. Nu cunoaştem cifra exactă a acestor fel de moaşe, neexistând o statistică precisă în aceasta materie, orientându-ne însă după cifra extrem de redusă a naşterilor din mediul rural asistate de moaşe diplomate, numărul lor nu poate fi decât foarte redus şi ceea ce este mai grav, acest număr se găseşte într'o evidenţă şi continuă scădere, cu deosebire în judeţele din Transilvania.

Realitatea, trista realitate, care trebue subliniată, este deci, că în *satele noastre activează un număr extrem de redus de moaşe cu diplomă, chemate să asigure asistenţa normală a nasterilor şi din aceasta cauză femeile gravide din mediul rural sunt asistate în mod primitiv şi necorăspunzător de către babe empirice sau nu sunt asistate de loc*, iar prin aceasta lipsă de asistenţă elementară se contribue într'o largă măsură la menţinerea cifrei mari de mortalitate maternă şi mortalitate infantilă, cele mai importante şi mai nefavorabile caracteristice ale situaţiei noastre demografice.

Analizând *cauzele* acestei situaţiuni grave, vom constata că ele se datoresc lipsei unei *conştiinţe şi răspunderi sociale* din partea autorităţilor locale cari de multă vreme au încetat de a mai avea preocupări sanitare şi cari prin măsurile de statificare a instituţiilor şi serviciilor sanitare, se socotesc cu desăvârşire dispensate de orice sarcină sanitară sau de ocrotire. Datorită acestei concepţii comode dar profund păgubitoare, comunele şi judeţele, în covârşitoarea lor majoritate, nu au mai prevăzut în ultimii ani nici o sumă în bugetele lor pentru serviciul sanitar, iar forurile tutelare cu o mare uşurinţă nu numai că au consimţit la aceasta măsură nesocotită, ci prin ordine şi circulări de interpretare au contribuit şi mai mult la agravarea situaţiei. Din aceasta falşă interpretare a unor măsuri legislative insuficient precizate, a rezultat situaţia nenorocită a moaşelor rurale, cari nemai primind nici un fel de salar sau re-

munerație din partea comunelor și județelor și din lipsă de disponibilități bugetare neflind preluate nici în bugetul Ministerului Sănătății, sau văzut nevoite de a-și căuta posibilități de existență în altă parte. Astfel, o bună parte a moașelor rurale au luat drumul către orașe, angajându-se în posturi de infirmiere și îngrijitoare pe la diferitele instituții sanitare și de ocrotire; o altă parte au căutat să obțină posturi ca moașe urbane salariate de Stat, iar partea cea mai mică au rămas pe loc ca simple moașe „particulare" asistând numai femeile dela cari puteau obține un onorariu corespunzător și refuzând orice asistență gratuită. Acest exod al moașelor rurale spre orașe se accentuează tot mai mult și fenomenul se produce cu deosebire în județele din Transilvania, unde odinioară aproape fiecare comună rurală dispunea de câte o moașă diplomată proprie. Aceasta migrațiune a moașelor dela sate spre orașe a fost favorizată și de o măsură greșită a Ministerului Sănătății, care cu ocaziunea statificării instituțiilor și Serviciilor sanitare a preluat în bugetul său pe toate moașele comunale care funcționau în mediul urban, asigurându-le salarii destul de bune, pentru servicii, care în nici un caz nu sunt în raport cu remunerația.

Dacă mai adaugăm la aceasta și împrejurarea că timpul de pregătire pentru moașe fiind urcat la cursuri pretențioase cu durată de 2 ani și că aceste cursuri sunt destul de costisitoare pentru eleve, socotim că, numai poate fi nici o mirare dacă puținele absolvente anuale ale școlilor de moașe nu mai simt nici un fel de atragere către sate, ci caută o rentabilitate cât mai bună în posturi stabile și bine retribuite în mediul urban.

Aceasta situație gravă nu mai poate dura însă fără a compromite în mod serios interesele sănătății publice. Problema moașelor rurale trebue rezolvită în mod echitabil fiindcă numai astfel se va putea asigura asistența normală a nașterilor din mediul rural și numai îndeplinind aceasta condițiune celelalte măsuri de combatere a mortalității infantile își vor putea da roadele binefăcătoare.

Se pune deci, cu drept cuvânt, întrebarea: care ar fi cele mai potrivite măsuri de îndreptare pentru rezolvirea acestei importante probleme sanitare?

Vom căuta să răspundem acestei întrebări prin câteva propuneri concrete pe care le socotim necesare și utile, ele putând fi realizate fără nici o întârziere, parte prin măsuri legislative, parte pe cale administrativă.

Având în vedere numărul prea mic de moașe diplomate care activează de prezent în mediul rural și urmărind idealul de a putea

dispune pentru fiecare comună rurală de câte o moaşe comunală diplomată, cu funcţie stabilă, — socotim de necesare următoarele măsuri:

1. Statul se va îngriji ca să asigure instrucţia gratuită a elevelor de moaşe în actualele şcoli şi în cele ce se vor mai crea pe lângă spitalele sau institutele de maternităţi din ţară.

Termenul de pregătire a elevelor din şcolile de moaşe se va reduce la un an, pe care îl socotim suficient pentru o bună pregătire în domeniul obstetrical şi pentru câştigarea cunoştinţelor elementare de puericultură. In acest scop se va revizui programa analitică a şcolilor de moaşe în sensul unei simplificări şi raţionalizări a învăţământului.

2. La examenul de primire în şcolile de moaşe vor fi preferate candidatele provenite din mediul rural şi designate chiar de către comunele lor de origine. Se vor admite ca bursiere numai candidatele care îşi iau angajamentul formal şi în scris că după terminarea cursurilor vor profesa arta moşitului numai în comunele din mediul rural. Candidatele care nu îşi iau aceasta obligaţiune se vor putea primi numai ca solvente, ele având posibilitatea de a se plasa după terminarea cursurilor ori unde.

3. Prin măsuri legislative se va impune comunelor să îşi salarizeze din bugetele proprii moaşele comunale asigurându-li se un salar minimal de 1000 Lei pe lună.

Salarul moaşei comunale se va achita integral de către comună în toate comunele urbane precum şi în comunele rurale care au un buget ordinar de venituri de minimum 200.000 Lei.

Comunele rurale cu bugete mai mici de 200.000 Lei vor primi pentru plata moaşei comunale subvenţii din partea Ministerului Sănătăţii şi al Fondurilor Sanitare locale şi anume în proporţia numărului de naşteri pe care le asistă anual fiecare moaşă comunală, Moaşele comunale rămân obligate a da asistenţa gratuită tuturor lăuzelor lipsite de mijloace asigurându-le şi îngrijirea post natală corespunzătoare cel puţin 10 zile. Femeile cu o stare materială bună vor plăti moaşei comunale onorar după un tarif maximal fixat de către Serviciul Sanitar Judeţean.

Sumele pe care astăzi le cheltueşte Ministerul Sănătăţii din Bugetele sale pentru plata integrală a salarului moaşelor comunale din mediul urban, vor fi suficiente pentru această operaţiune de subvenţionare a comunelor mici şi sărace. Prin această măsură se va repara nedreptatea care se face astăzi comunelor rurale în avantagiul celor urbane.

4. Se va interzice cu desăvârşire angajarea moaşelor diplomate în posturi de infirmiere, surori de caritate, îngrijitoare etc. în instituţiile de asistenţă medicală sau de ocrotire ale Ministerului, Regiilor Autonome, comune etc. Prin aceasta măsură se va putea opri exodul moaşelor spre oraşe şi îndepărtarea lor dela rosturile fireşti pentru care au fost pregătite.

5. Moaşele comunale vor funcţiona sub controlul şi supravegherea permanentă şi severă a medicilor de circumscripţie şi a medicilor primari de judeţe cari le va îndruma activitatea pe teren. Medicii sanitari vor supraveghea practica ilicită a moşitului căutând să elimine empirizmul dăunător şi să pună capăt practicilor criminale astăzi, durere, atât de extinse şi în mediu rural. Recrutarea moaşelor comunale se va face prin Inspectoratele Generale Sanitare după propunerea Consiliilor comunale şi cu avizul medicului Primar Judeţean, ele bucurându-se de stabilitate în conformitate cu dispoziţiile Statutului Funcţionarilor Publici.

Suntem convinşi, că prin aceste măsuri vom putea ajunge relativ în scurtă vreme la o înmulţire simţitoare a numărului de moaşe diplomate în mediul nostru rural, putându-se astfel asigura o asistenţă normală a naşterilor în toate satele din ţară şi contribuind prin aceasta la realizarea unei serioase opere de medicină preventivă.

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de **primul rang**, conţinând **Fe-Mn-P-şi As** în **forma cea mai activă**. Prin **formarea ferului şi manganului redus în statu nascendi**, adecă în starea **cea mai resorbabilă şi asimilabilă**, de o **toleranţă stomaco-intestinală perfectă**.

PREŢUL: 1 fl. de 250 gr. cu şi fără arsen **Lei 98·—**.

Deci prezintă mijlocul suveran pentru tratarea stărilor anemice şi urmările lor.

Mai e indicat: la **boale nervoase**, în **neurastenie**, în **astenie şi surmenaj general**, în **covalescenţă**, în **tbc. generală şi pulmonară**, în **diatezele exudative**, în **rachitism**, în **boalele tubului digestiv** şi ale **nutriţiei**, în **eczemele cronice**.

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriţe.

Desfacerea produsului:

Farmacia O. ALESI, Sebeş-Alba.

Câteva consideraţiuni asupra funcţionărei dispensarului neuro-psihiatric din Sibiu.

de

Dr. G. Preda şi **Dr. C. Lungu**

medic primar director superior. medic secundar.

La 1 Septemvrie 1933 s'a creat în Sibiu un dispensar neuro-psihiatric. Fiindcă atât la înfiinţarea lui, cât şi la organizarea şi directivele date pentru funcţionare, avem şi noi partea de contribuţie, am crezut de bine să urmărim rezultatele activităţei desfăşurate, care de altfel au fost publicate în buletinele societăţii de psihologie medicală din Sibiu.

Dela început trebue să observăm că acest dispensar ce funcţionează în 2 camere mici ale Ambulatorului policlinic nu a avut bugetat nici medic şi nici alt personal sanitar auxiliar. Serviciul s'a îndeplinit de un medic auxiliar dela Spitalul de boli mintale, ajutat cu material şi cu câte o persoană dată tot dela acest spital.

Este natural că în condiţiile acestea activitatea dispensarului în diferitele sale ramuri (consultaţiuni, anchete familiare şi sociale, raporturi cu alte instituţii sau autorităţi etc.) să fie redusă.

Totuşi această activitate ne dă preţioase indicaţiuni de ceea ce s'ar putea obţine atunci când dispensarul ar fi pus în condiţiuni mai convenabile de funcţionare.

Din experienţa acestor 4 ani de activitate a dispensarului, putem trage anumite învăţăminte şi face oarecare observaţii, ce pot fi de folos acelor ce vor continua să conducă în viitor o operă pusă pe principii ştiinţifice corespunzătoare vremurilor şi necesităţilor populaţiei noastre.

Nici la crearea acestui dispensar şi nici mai târziu nu ne-am făcut (din mai multe motive) ilusia că el va funcţiona în mod ideal sau mai apropiat chiar funcţionărei dispensarelor similare din alte ţări în special din extremul occident.

Se ştie că o formaţie sanitară de specialitate în care trebue să se aplice şi măsurile de higienă şi de profilaxie mintală are nevoie să se adapteze mediului în care va activa.

A trebuit şi va trebui deci ca acei însărcinaţi cu conducerea şi activitatea dispensarului: să se servească de aceia ce există şi de aceia ce i se poate da din partea autorităţilor superioare, sau administrative locale; să facă sforţări de a suplini ceia ce-i lipseşte; să ţie compt şi să se inspire de necesităţile şi de spiritul populaţiei pe care va trebui să o servească.

Publicul poate fi uneori neînţelegător faţă de scopul urmărit de un astfel de dispensar de specialitate, îl poate privi deci la început cu rezervă sau chiar cu ostilitate.

Toate aceste fapte ne face să spunem că nu este posibil şi nici chiar profitabil să se tragă dela început un plan rigid de organizare (neadaptabil acestui mediu) şi să se persevereze de a-l impune în localitate sau în diferitele regiuni a ţărei. S'a crezut că este mai nimerit ca la crearea acestui dispensar să se traseze numai în linii generale principiile de directivă, iar pe măsura funcţionărei şi a experienţei căpătate, să se facă adăogiri sau să se introducă modificări adequate împrejurărilor.

Toate atribuţiile prevăzute în directivele date, cu un cuvânt toate serviciile ce intrau în concepţiile de organizare şi care tindeau spre un ajutor eficace al populaţiei prin consultaţii, tratament, informaţii, studii, etc., nu erau în realitate delimitate de oarece nu exista decât o singură persoană care trebuia să le îndeplinească.

O primordială datorie a dispensarului a fost să se documenteze cât mai bine şi mai complet posibil, asupra scopului activităţii sale.

Cercetând dările de seamă publicate în buletinele susmenţionate, ne-am putut convinge că aceste documentări sau mai bine zis realizări au constat în: *a)* consultaţiile bolnavilor repartizaţi pe sexe; *b)* împărţirea cazurilor pe specialitate (neurologie şi psihiatrie) şi pe categorii de boală; *c)* indicarea acelora ce au primit îngrijiri zilnice la dispensar precum şi a acelora ce li s'a acordat medicamente în mod gratuit; *d)* stabilirea situaţiei bolnavilor pe confesiuni şi localităţi (adică din oraşul şi judeţul Sibiu sau din oraşe şi judeţe mai îndepărtate); *e)* înregistrarea anchetelor familiare şi sociale, precum şi a acelor întreprinse în penitenciare; *f)* expunerea intervenţiilor făcute la diversele autorităţi precum şi a raporturilor avute cu celelalte servicii din ambulatoriu policlinic (veneric, tuberculos etc.) sau din alte instituţii în special Spitalul de boli mintale şi nervoase (unde s'au făcut cele mai numeroase examene biologice şi

psihologice), azilul de cronici dela Râul-Vadului, aşezământul de debili şi surdo-muţi, casa muncei, spitalul de boli generale din localitate etc.

Un prim succes ce s'a obţinut a fost vulgarizarea cunoştinţelor, a modului de asistenţă şi de îngrijire pentru bolnavii mintali şi nervoşi.

Este drept că faţă de bolnavii nervoşi publicul nu are idei preconcepute, dar faţă de mintali a existat (şi mai există încă în parte) multe prejudecăţi, multe concepţiuni eronate.

Cu multă răbdare medicul dispensarului în colaborare cu medicii spitalului de specialitate, au lucrat pentru înlăturarea lor. S'a ajuns astfel ca în timpul vacanţei, atunci când dispensarul prin lipsă de medic a fost închis câteva luni, să fim solicitaţi din partea publicului din Sibiu pentru o cât mai urgentă deschidere a lui.

Se ştie apoi că toată munca din un astfel de dispensar de specialitate neuro-psihiatrică, poate fi sintetizată în cuvântul *educaţie*. De altfel acest rol educator nu se poate mărgini numai la pacienţi sau aparţinători, dar aproape asupra tuturor persoanelor cari intră în legătură cu astfel de pacienţi. O modificare a mediului în care trăeşte pacientul, sau acea a atitudinei persoanelor ce intră în contact cu el (funcţionari, patroni etc.) impunea conversaţii întinse, adevărate dizertaţii pentru a convinge şi a evidenţia totodată utilitatea serviciului adus de dispensar.

Am sprijinit totdeauna intervenţiile făcute de dispensar pentru plasarea în oarecare servicii a acelora ce nu aveau de lucru, cât şi pentru ameliorarea situaţiei în raport cu gradul de boală a acelor deja plasaţi. Prin aceste intervenţii nu numai că s'a evitat asistenţa spitalicească făcută în comptul statului, dar s'a împiedecat izbucnirea anumitor tulburări psihice.

Lipsa unui personal de asistenţă şi ocrotire nu a permis dispensarului să-şi exercite mai bine rolul său ocrotitor şi tutelar asupra celor deficienţi şi asupra acelor ce prin tare hereditare, tulburări fiziologice sau situaţii sociale deosebite, erau mai predispuşi la izbucnirea tulburărilor mintale. In special supravegherea familiilor bolnavilor mintali a lăsat foarte mult de dorit.

Dacă s'a executat o îngrijire prin medicaţiuni adequate boalei sau prin o psihoterapie, nu s'a întreprins cercetări ştiinţifice individuale sau sociale (în special studiul diverşilor factori sociali în geneza evidenţierei desvoltării sau tratarea tulburărilor psihice).

Se excepteză bineînţeles cercetările întreprinse în spitalul de boli mintale şi nervoase asupra persoanelor trimise de dispensar.

Este de regretat faptul că dispensarul nu şi-a îndeplinit aşa precum trebue rolul său higienic, profilactic, eugenic sau eutenic.

Nu s'a putut vedea deci: nu numai multe rezultate sub raportul împiedecărei de a se evidenția tulburarea psihică la acei atinși constituționalicește, dar nici acele ce privesc de exemplu consultările prenuptiale care indică viitorilor părinți pericolul ce poate amenința descendenții, fie prin faptul că ambii posedă tare încărcate sub raportul heredităței mintale sau nervoase, fie că există o conrupție a germenilor prin plăgile sociale sau boale infecțioase și toxice: (blastoforii și blastotoxii). [1])

O consultație în dispensar sub acest din urmă punct nu aduce după sine totdeauna luarea unei măsuri esențialmente prohibitive, dar poate asigura pe soți că boala toxică sau infecțioasă care a atins pe unul din ei în anumite condiții de concepție sau de creștere a descendentului, poate să nu aibe influențe asupra minței copilului sau că boala nu ar putea avea un caracter hereditar etc.

Consultările din dispensar ar putea deci aduce pentru acei ce se căsătoresc hotărâri cu privire la felul lor de viață și la acel de supunere la o supraveghere medicală pentru descendenții lor.

Faptul că dispensarul nu a avut nici o secție de higienă mintală infantilă, nici măcar legături cu vreo instituție medico-pedagogică, sau chiar de copii bolnavi a făcut ca rolul său în direcție infantilă să fie nul, cu toate că preocuparea de astăzi atât sub raport mintal, cât și sub acel corporal trebue să privească mama și mai ales copilul. [2])

Recunoaștem deci cât de util este nu numai depistajul clinic al copiilor deficienți mintali, sau acel al cercetărei precoce a inteligenței și caracterelor copiilor prin mijloacele de psihologie experimentală.

Câteva încercări s'a făcut în orașul Sibiu însă în afară de dispensar (din partea unor profesori de psihologie sau în laboratorul de psihologie experimentală a Spitalului).

Credem că dispensarului neuro-psihiatric îi incumbă datoria (ca singur sau în unire cu alte organizațiuni medico-pedagogice) să cerceteze și să studieze copiii sub raportul lor de desvoltare sau de tulburare psihică, acordând sfaturile necesare nu numai încât privește tratamentul dietetic sau medicamentos, dar și încât privește educația și instrucția lor.

---

[1]) In alte țări există dispensarii numai pentru astfel de consultații.

[2]) Precum a afirmat unul din noi în o lucrare anterioară „Considerațiuni asupra unei mai bune organizări psihiatrice" de Dr. G. Preda, Tipografia Universală, Cluj.

Dela şcolarul normal până la anormalul profund, toate tipurile de copii pot trage profit de pe urma unui examen al stărei biologice şi mai ales psihologice (în special acel al inteligenţei şi caracterului).

Pentru copiii ieşiţi din părinţi anormali mintali, din indivizi toxicomani, sau sifilitici ca şi cei deliquenţi vom avea negreşit o atenţie mai deosebită.

Incât priveşte adolescenţii trebue să ştim că ei nu pot fi trataţi nici ca copiii nici ca adulţii. Examenele, sfaturile şi îngrijirile în chestiuni ce privesc conduita lor generală, alegerea unei profesiuni, activitatea sexuală, orientarea intelectuală şi morală sunt probleme delicate şi impun mult tact.

O profilaxie mintală în acest sens se poate exercita şi asupra adulţilor, mai ales când este vorba de a evita o recidivă de toxicomanie, de boale mintale sau de deliquenţă, sau când este vorba de a descoperi anomaliile mintale la prostituate, vagabonzi, etc., a căror conduită socială indică tocmai manifestarea simptomatică.

După împrejurări dispensarul poate fi obligat uneori să despartă pentru consultaţii aceste diverse categorii de subiecţi.

Incât priveşte colaborarea medicului sau medicilor dela dispensar cu ceilalţi medici, nu pot şti precis până la ce punct medicii din oraşul Sibiu (unde a funcţionat dispensarul) s'au putut convinge de foloasele ce le au de pe urma serviciului adus pacienţilor ce se prezentau la dispensar.

Dispensarul în adevăr are rolul de a consilia, de a ajuta pe medicii tratanţi, nici într'un caz de a se substitui lor. Medicul dispensarului trebue să respecte perceptul de a nu critica sau cenzura actele medicale ale unui alt medic sau de a se ocupa fără ştirea medicului de vreun client al său.

Cred că lucrându-se în acest fel nu numai că se foloseşte pacientului, dar se ajută şi medicilor în mijlocul cărora se difuzează mai bine cunoştinţele noui din domeniul psihiatriei şi în special acele ale Igienei şi Profilaxiei mintale.

Nu mai puţin a lipsit dispensarului neuro-psihiatric legătura cu azilul de bătrâni, cu justiţia (încât priveşte asistenţa şi preventiunea prevăzută de altfel şi în noul cod penal) şi cu operile medico-sociale în special cu societăţile de binefaceri, temperanţă, de îndreptare a moravurilor etc.

Pe fiecare zi ne putem convinge, în adevăr, ce preţioase ajutoare aduce fie o societate antialcoolică în caz de recidivă a individului toxicoman, fie una morală creştină religioasă pentru înlă-

turarea deceptiunilor şi redresarea morală a acelor căzuţi în vicluri sau defecte.

Câtă uşurare poate aduce apoi unui pacient sau familiei lui acordarea de alimente, haine, adăpost, combustibil, etc., din partea societăţilor de ajutor sau de binefaceri? Ce efect binefăcător poate avea asupra individului suferind psihiceşte, procurarea unui serviciu când ştim cât de mult inacţiunea intră ca factor predispozant în psihonevroze?

Intre toate organizaţiunile locale şi dispensar trebueşte deci să existe un continuu schimb de servicii, care să creeze un excelent spirit de lucru comun.

Aceste strânse raporturi ajută la propagarea ideilor, metodelor şi a particularităţilor stărilor de boale psihice care permit să se înţeleagă şi să se realizeze mai complet scopul dispensarului.

Dacă autorităţile superioare înţeleg să se ocupe de soarta acestui dispensar, va trebui să nu se mulţumească numai cu bugetarea unui medic, dar să completeze organizarea lui sub întregul său aspect, adecă sub acel al personalului, al localului şi al materialului strict necesar ajungerei scopului.

Personalul dispensarului nu poate rămâne limitat numai la un singur medic. Va fi nevoie şi de alţi medici ajutori şi mai ales de personal sanitar auxiliar. Medicii dispensarului trebuesc să fie competenţi în diversele domenii ale medicinei mintale şi nervoase şi trebuesc să aibă noţiuni mai întinse de medicina socială şi de asistenţă.

Incât priveşte personalul sanitar auxiliar (în special surorile de ocrotire şi asistentele sociale) el va trebui să fie recrutat nu numai dintre acei ce urmează şcoalele respective dar şi din acei ce au urmat cursuri speciale ce privesc domeniul neuro-psihic.

Nu trebue să uităm că acest personal pe lângă cunoştinţele de îngrijire a pacienţilor, de ocrotire şi asistenţă socială, trebue să ştie să se adapteze cât mai repede şi mai bine lucrului ingrat şi absorbant pe care-l dă Igiena şi Profilaxia mintală aplicată de dispensar.

Inţelegerea, caracterul şi delicateţa unui astfel de personal ar putea echivala cu nota calificativă dată de diplomă.

Pentru ca dispensarul să poată funcţiona în condiţiile de mai sus, are nevoie de un psiholog-pedagog, care să fie capabil să aplice testele, să exploreze sistematic caracterul (mai ales pentru copii) şi să aplice chiar unele metode psihoterapeutice ca psihanaliza.

Un secretar trebue să ajute apoi pe medic în clasarea documentelor precum şi a corespondenţei cu pacienţii sau cu alte instituţii.

Se mai poate pretinde dispensarului colaborarea cu un sociolog când este vorba de a stabili statistici corecte şi a trage concluzii care depăşesc cadrul studiului individual; cu un ergolog la curent cu condiţiile de lucru în diferitele întreprinderi, precum şi cu un jurist care poate preveni sau rezolva conflictele provenite de pe urma psihopaţilor uşori, a foştilor internaţi sau prizonieri, a acuzaţilor sau a copiilor deliquenţi etc.

Colaborarea cu corpul didactic se impune dela sine cât timp dispensarul va lucra şi în domeniul vieţei copiilor şi a adolescenţilor.

Dispensarul neuro-psihiatric din Sibiu se găseşte precum am spus în 2 camere mici fără confort, fără aparat instrumentar sau alt material (efecte, medicamente etc.) necesar funcţionărei lui. Cu oarecare bunăvoinţă Ministerul Sănătăţei poate acoperi această lacună, dispunând prin depozitele sale să se elibereze cele necesare bunei lui funcţionări.

Condiţiile localului fac imposibilă însă o aplicare pe o scară mai mare a atributelor dispensarului.

Ne gândim că este bine ca dispensarul să-şi aibă localul său propriu.

Cum în oraş nu se găsesc libere clădiri adequate scopului şi cum comuna se arată sgârcită nu numai a construi, dar chiar în a acorda terenul potrivit, credem că dispensarul poate fi construit pe terenul spitalului de boli mintale în condiţia de a-l izola cât mai bine de spital.

Este totdeauna de dorit ca un dispensar să fie central şi cât mai depărtat de spitalul de boli mintale căci pacienţii uşor mintali şi mai ales nervoşii, fug de etiqueta mintal sau chiar psihiatric.

Credem însă că dacă din terenul spitalului civil din localitate nu s'ar putea alege porţiunea necesară construcţiei unui astfel de dispensar, să nu se renunţe la terenul spitalului de boli mintale care se găseşte la marginea oraşului. Trebue ca publicul să se obişnuiască cu timpul să considere egal consultaţia şi tratamentul tulburărilor psihice cu aceea ale boalelor din medicina generală.

Intervenţiunea noastră făcută la Minister pentru construirea acestui dispensar la locul menţionat mai sus, a fost impusă şi de necesitatea de a plasa în clădirea dispensarului laboratoarele (biologic şi psihologic) ce pot servi şi cercetărilor sale. In plus cu timpul să se poată adăoga un serviciu deschis (adecă o sală de bolnavi sau o secţie de psihiatrie infantilă) pentru o mai bună observare şi îngrijire a acelor ce nu au nevoia să fie numai decât internaţi în spitalul de boli mintale.

Lupta biruitoare a medicilor români contra bolilor contagioase în timpul războiului de întregire a neamului.[1])

O îndelungată experienţă a arătat, că grozăvia războaielor nu se datoreşte numai armelor întrebuinţate ci şi epidemiilor ucigătoare ce le însoţesc. Câte odată aceste epidemii nu dispar; ele îşi pot continua opera lor distrugătoare încă un timp destul de îndelungat, după ce războiul a încetat.

Molimele se datoresc aglomerărilor de mase importante de oameni ce reprezintă elementul cel mai prielnic pentru extinderea cazurilor răzleţe de boală. Lăsate în mediul lor obicinuit, cazurile infectante produc epidemii restrânse ce pot fi stinse cu destulă repezicIune.

Războiul mondial, care a aglomerat pe câmpurile de luptă un număr imens de soldaţi, ne mai pomenit în istoria omenirii, în mod firesc a fost însoţit de epidemii destul de numeroase. Dacă ele n'ar fi fost combătute cu multă sârguinţă şi, mai ales, cu multă pricepere, s'ar fi provocat un dezastru fără seamăn. Din fericire progresele uriaşe făcute de igienă şi de bacteriologie au îngăduit o luptă în deosebi de eficace, ce a stăvilit propagarea molimelor. Astfel febra tifoidă şi dizenteria, cari, în războaie, au putut produce ravagii mai mari decât gloanţele şi ghiulelele, n'au provocat decât pierderi destul de moderate.

Această izbândă medicală s'a înfăptuit mai ales pe frontul occidental. De asemenea şi pe frontul oriental, bolile de mai sus au putut fi combătute cu o deosebită eficacitate. In schimb alte două boli groaznice, tifosul exantematic şi febra recurentă, au bântuit cu o furie ne mai pomenită, care în Serbia şi mai ales în Romănia, a ajuns la un maximum de intensitate. Ambele epidemii sunt provocate

---

[1]) Anatomia, fiziologia şi igiena omului pentru clasa IV secundară de Dr. P. Nicolescu, prof. universitar şi Dr. C. Strat, asistent universitar şi medic şcolar.

de paraziţii corpului omenesc, paraziţi cari sugând sângele dela bolnavi îl introduce, prin înţepături, la cei sănătoşi. Cu cât numărul paraziţilor este mai mare, cu atât sporesc posibilităţile de răspândire. Armata română, după retragerea din Transilvania, la sfârşitul anului 1917, a fost pusă în cele mai prielnice condiţii de înmulţire a paraziţilor în proporţii neînchipuite. Primejdioase vietăţi prosperau pe corpul soldaţilor ce nu puteau să se spele, ducând şi lipsa cămăşilor de schimb.

Cât timp retragerea s'a făcut în Muntenia, unde germenul boalei era aproape inexistent, nu s'a înregistrat nici un caz. Ajunsă în Moldova, armata noastră a intrat în contact cu cea rusească. Aceasta, deşi mai bine înzestrată cu îmbrăcăminte şi rufărie, aducea cu ea destul de numeroase cazuri de boală, rămăşiţe ale epidemiei ce bântuise mai înainte, pe frontul din Polonia. Cu alte cuvinte elementul imflamabil, ce se găsea atât de abundent în armata noastră, a intrat în contact cu izvorul infecţios adus de armata rusă, care a avut efectul unei scântei.

Epidemia a izbucnit ca o adevărată explozie. Ea s'a propagat cu o iuteală uimitoare nu numai în armată ci şi în populaţia civilă. Această epidemie este, cele mai adeseori, extrem de gravă. Ea poate ucide şi pe cei ce sânt odihniţi şi suficient de alimentaţi, necum pe chinuiţii noştri soldaţi. Istoviţi de marşuri îndelungate, neîndestulător hrăniţi, din cauza greutăţilor de aprovizionare, ei piereau cu zecile de mii.

Corpul medical român a trebuit să înceapă lupta în condiţiile cele mai neprielnice. Pentru ca epidemia să fie stinsă se cerea un lucru aproape supra-omenesc. In primul rând să se distrugă repede' până la completa nimicire, nu numai totalitatea paraziţilor care de multe ori acopereau literalmente corpul unora dintre chinuiţii noştri soldaţi. Se mai impunea şi înlăturarea ouălor, numite popular lindeni. Strâns lipite de rădăcina părului, aceste ouă pregăteau noua generaţie de vietăţi infectante la sute de mii de oameni.

O iarnă ne mai pomenit de grea, lipsa de spaţiu ce provoca aglomerări excesive şi raritatea aparatelor de desinfectare, arată cât de grea era problema ce medicii trebuiau să o deslege. Acestor dificultăţi se mai adăoga faptul că mortalitatea medicilor, ce se infectau foarte des în momentul deparazitării bolnavilor şi îngrijirii lor, era extrem de ridicată. Mai ales medicii mai în vârstă mureau aproape cu toţii. Chiar medicii tineri deşi erau mult mai rezistenţi, au murit în jumătate din totalitatea cazurilor celor ce s'au infectat.

Lupta a fost condusă de trei mari dispăruți, ce trebuesc să fie pomeniți cu adâncă pietate și neuitată recunoștință: Prof. Dr. Ioan Cantacuzino, Prof. Dr. Anibal Theohari și medicul General N. Vicoi, ce diriguia Serviciul Sanitar al Armatei. Mijlocul de luptă cel mai eficace a fost găsit în grabnica construire a numeroase cuptoare în care se deparazitau hainele și rufăria: căldura ridicată distrugea atât paraziții, cât și ouăle lor.

Spre deosebire de curajul celor de pe front, unde nu arareori uitarea de sine, îngăduia producerea actelor de eroism, medicilor noștri li se impunea o sarcină mai grea. Calmi și circumspecți, cu conștiința extrem de lucidă a primejdiei ce-i păștea la fiecare pas, ei și-au îndeplinit datoria, fără stimularea înfierbântării ce o produce războiul obicinuit. Astfel au pierit un număr de aproape trei sute de medici români, în această luptă ucigătoare. Este cea mai mare mortalitate ce a fost înregistrată pe frontul nostru, egală cu aceia a ofițerilor de infanterie cari sunt cei mai expuși. Aproape fiecare dintre ei au fost eroi, în cea mai desăvârșită înțelegere a acestui cuvânt, eroi ce nu trebuesc uitați. Unul merită să fie special citat pentrucă nu a fost numai erou în luptă cu epidemia, dar și un viteaz pe front: medicul locot. Filipin. Acest oltean din nordul jud. Vâlcea, falnic, înalt și vânjos, a reînviat vitejia strămoșească în timpul luptelor de pe valea Jiului. Când a văzut șovăiala sanitarilor ce ezitau să meargă prin focul ucigător al frontului pentru a ridica răniții, a dat o pildă și o emulație, aproape unică în analele războiului mondial. Și-a părăsit postul unde pansa răniții, a pornit pe front, prin ploaia de gloanțe și a început să transporte răniții, unul câte unul, purtându-i pe spatele lui vânjos. A dat astfel cel mai înălțător exemplu de îngrijire medicală împinsă până la extrema limită. Insuflețiți de acest gest, sanitarii au reînceput să-și facă datoria.

La Iași, în timpul epidemiei, medicul locotenent Filipin s'a molipsit dela bolnavii săi. Fiind singur a știut să-și învingă propria suferință, deși avea temperatură de 39 grade: în preajma morții ce l-a răpus, a continuat să-și îngrijească bolnavii. Le-a făcut injecții și i-a îmbărbătat până în momentul când a căzut în nesimțirea ce i-a precedat moartea de neasemuit erou medical. Astfel s'a terminat viața unui român vrednic și intimos, viață ce este povestită pentru întâia oară. Am ținut să expunem această exemplificare a dragostei de neam și de profesie într'un capitol ce mai are menirea să ușureze studiul arid al epidemiilor.

Mulți alții, deabia întremați, după o lungă și grea boală, s'au întors la posturile lor. Medicii misiunilor streine — francezi, italieni

şi americani -- au luptat cu acelaşi vigoare şi cu acelaş devotament. Printre ei nu trebue uitat medicul francez Clunet, al cărui nume a fost trecut posterităţii prin vila cei poartă numele lângă Iaşi. Acolo şi-a dat sufletul îngrijind părinteşte pe soldaţii noştri ca şi cum ar fi fost proprii săi compatrioţi.

In lupta lor, medicii au fost ajutaţi de Doamnele din buna societate şi de cercetaşi, copii fragezi sau adolescenţi. Ultimii au însoţit armata în Moldova pentru a-şi face datoria ca soldaţi, iar cei mai mici, pentru a înfăptui idealul cercetaşului ce trebue să facă bine ori cui şi ori unde. Tifosul exantematic şi febra recurentă fiind mult mai puţin primejdioasă la copii, foarte puţini dintre aceştia au pierit.

S'a întâmplat că unii dintre ei, după ce s'au îmbolnăvit de o boală şi s'au vindecat, să-şi reia primejdiosul lor serviciu, contractând cealaltă boală. Acest lucru nu i-a împiedicat să revină apoi la formaţia de care se alipiseră, muncind şi luptând mai departe, o luptă puţin potrivită cu frăgezimea sufletului lor de copil, ce cunoştea mult prea de vreme boala şi moartea. In chipul acesta, micul toboşar sardinian, descris atât de atingător de autorul italian De Amicis, în mult răspândita sa carte „Cuore", acel toboşar ce a pornit prin ploaia de gloanţe să ducă un ordin, şi-a găsit numeroşi tovarăşi de eroism printre cercetaşii români.

Toate aceste forţe reunite au repurtat cea mai strălucitoare biruinţă. După două luni epidemia a început să fie stăvilită, iar după cinci luni aproape complet stinsă. O jumătate de an dela începerea mobilizării armata română compusă din glorioasele rămăşiţe de două ori încercate, de prima înfrângere şi de epidemii, a obţinut victoria dela Mărăşeşti. Ea trebue să ne fie scumpă nu numai prin jertfa celor ce au pierit. Neîncetat trebue să ne amintim de răbdarea cu care au fost suferite chinurile expuse mai sus a celor ce au făurit o biruinţă care, cu drept cuvânt, ar merita să fie numită a convalescenţilor şi a subalimentaţilor. In cartea de aur a eroismului armatei române, carte ce conţine pagini atât de numeroase şi de minunate, corpul medical românesc a adăugat una nouă, complet necunoscută până la el. Pagina în care s'a înscris cu litere neşterse, sfidarea morţii sub forma cea mai groaznică: a bolii ce ucide fără gloria şi fără admiraţia conferită de moartea vitează pe front. In acelaş timp a mai ridicat un monument neperitor sentimentului celui mai sfânt: îndeplinirea datoriei profesionale până la supremul sacrificiu.

Organizaţiunea sanitară a Şcoalelor din Blaj.

De **Dr. Virgil Balcan.**

Aşezămintele şcolare din Blaj, mai mult decât bicentenare, au fost aproape dela începutul fiinţării lor preocupate de asigurarea sănătăţii elevilor, cari într'o entuziastă afluenţă alergau din ţinuturi româneşti dintre cele mai îndepărtate la focarul de cultură naţională, postat la unirea celor două Târnave.

Grija serioasă pentru valetudinea tineretului încredinţat variatelor institute de învăţământ din Blaj s'a concretizat în prim rând în postul de medic arhidiecezan, chemat deja dela începutul secolului trecut să îndeplinească o adevărată misiune, pe cât de grea pe atât de purtătoare de răspunderi. Şirul aproape neîntrerupt al acestor bărbaţi — în majoritatea lor destoinici şi animaţi de un real spirit de jertfă — va rămâne o mărturie a felului desinteresat în care ei au ştiut să se achite de o datorie mereu crescândă faţă de omenime şi Naţie. Galeria acestor intimi colaboratori ai postelnicilor Arhierei ai cetăţii abia înfiripată de cărturărie, pretându-se pentru o monografie a lor ar contribui în succesiunea unor interesante figuri evocatoare la o însemnată îmbogăţire a cunoştinţelor de istoriei a medicinei contimporane.

Oricare ar fi fost zelul ce s'a depus pentru înjghebarea şi continuarea unei asistenţe medicale, în împrejurările date el tot n'ar fi ajuns ca singur, fără izvoare băneşti şi mai presus fără evoluţia disciplinelor medicinei ducând la cunoaşteri şi concepţiuni unanim recunoscute, să facă cu putinţă o sistematizare a serviciului medical într'o colonie şcolărească bântuită deopotrivă de indigenţe reduse aproape până la paupertate şi de urgia asupritorilor. Străduinţa medicului înspre mai bine, — chiar înzestrat fiind cu un bagaj de cunoştinţe adunate cu multă trudă în şcolile şi facultăţile apusene — se irosea într'o descurajatoare luptă inegală cu subalimentaţiunea, cu sfidarea cubajului caselor scunde din pământ şi cu opaiţul trist. Chiar în forma ei rudimentară, nu putea fi deci vorba de o igienă a şcoalei, noţiune înglobând om şi material, nici de o exer-

citare a medicinei într'un mediu de tineret, care în prezent se bucură de o susţinută solicitudine în regulamentele migălos întocmite şi tinzând la conservarea şi ridicarea capitalului uman, atât sub raport fizic, cât şi intelectual.

Să nu mire pe nimeni dacă activitatea medicului arhidiecezan, până chiar în timpul marei conflagraţiuni mondiale, se rezuma la latura ei curativă, cu slabe licăriri şi timide încercări de preveniţune, promovate în zilele postbelice printr'o mai riguroasă aplicare a măsurilor de profilaxie. Sunt memorabile consultaţiunile pentru elevi, ţinute la o oră matinală înainte de a se intra la cursurile zilei şi care conduse cu severitate dar şi cu o largă înţelegere pentru psihicul copilului şi al adolescentului, înţelegere proprie unui adevărat medic, au lăsat moştenire reminiscenţe reconfortante şi au impus un omagiu la care se asociaţiază mişcaţi cei ce au cunoscut pe predecesorii mei eruditi şi simpli, neobosiţi şi buni.

Incercând să reconstitui contingenţele sanitare în care se aflau Şcoalele din Blaj în momentul când fui numit la rândul meu medic arhidiecezan în anul 1927, mărturisesc că ele mi-au apărut destul de vitrege pentru a-mi produce impresiunea unei izolări de lumea medicală, separaţiune care după lungi ani petrecuţi la Clinica Neurologică şi la Clinica Medicală din Cluj era de-a-dreptul dureroasă. Inafară de o singură cameră la Internatul Liceului de băieţi, o cameră la Seminarul Teologic şi o cameră la Institutul Recunoştinţei cuprinzând Şcoalele de Fete, camere având destinaţia de infirmerii, n'am aflat nici o instalaţiune sanitară propriu zisă. Aceste aşa spuse infirmerii erau provăzute cu mobilier vechi, cu totul impropriu pentru numirea încăperii unde el se găsea dispus la voia întâmplării şi aveau prea sumare ustensile pentru îngrijirea corpului şi aceste devenite vetuste. Nici un instrument medical sau chirurgical nu mi a atras atenţiunea, respectul datorat grijei pentru sănătate epuizându-se doar în platul dulăpior retras stingher într'un colţ al biuroului directorial şi care printr'o inscripţie pretenţioasă se prezenta drept „Farmacia Şcoalei". La Internatul Liceului de Băieţi şi la Seminarul Teologic câte o baie cu duşuri, croită parcimonios şi cu un debit de apă mereu la discreţia capriciosului apeduct al oraşului (insuficient pentru nevoile acestuia şi fără canalizare), abia îngăduiau o îmbăiare la 2 săptămâni a locatarilor. In schimb Institutul Recunoştinţei — aflat în stadiul de terminare a construirii — promitea cu încălzirea sa centrală, cu apa sa curgătoare rece şi caldă, precum şi băile sale celulare pentru duşuri concentrice, o parţială compensaţiune a neajunsurilor dela Şcoalele de băieţi.

In asemenea condiţiuni medicul se izbea de dificultăţi, atât în funcţiunea sa igienistă, cât şi în terapeutica impusă de boalele mai frecvente într'un mediu şcolar. Greutăţi care împovărau îndoit în faţa quasi-absenţei unui spital — care discutându-şi calitatea de comunal sau judeţean — a fost lăsat într'o totală părăjinire după mutarea medicului şi până la numirea noului titular întâmplată abia la doi ani.

Am ridicat ideia unei case de sănătate sau sanator pentru deservirea nevoilor sanitare, atât ale elevilor, cât şi a personalului gremial eclezlastic, didactic şi administrativ. Un proiect de aceste proporţii a părut însă a fi greu de tradus în fapt din considerente de fonduri şi bugetare, încât el fu abandonat şi înlocuit printr'un program mai modest, dar care a întrunit din fericire sufragiile, totdeauna gata să fie rostite chiar fără competinţă. Aşa s'a ajuns la recunoaşterea necesităţii de a da fieştecărei Şcoale măcar o infirmerie amenajată după principii moderne, spre a putea face faţă onorabilă prevederilor Legei Sanitare referitoare în deosebi la boalele infecto-contagioase.

Pe de altă parte se impunea crearea unui cabinet medical destinat consultaţiunilor de dat, atât elevilor interni, cât şi celor externi, cabinet care centralizând o clientelă atât de disparată ca trai şi condiţie socială, permitea prin înregistrarea ei unitară o mai justă apreciere a morbidităţii în mijlocul unei populaţiuni de aproape 2000 şcolari şi şcolăriţe.

In anul 1928 planul de înzestrare a şcoalelor cu localuri sanitare potrivite a fost abordat prin construirea unui pavilion independent de clădirea *Internatului Liceului de băieţi*, situat la cuvenita distanţă şi afectat exclusiv infirmeriei, deci având o împărţire interioară corespunzătoare. Un coridor larg permite un acces separat în 3 saloane de bolnavi necomunicând între ele, în camera infirmierei, în baie şi closet. In faţa fieştecărui salon un cuier găzduieşte halatele îmbrăcate de personal numai pentru acea încăpere. Mobilierul din metal şi rufăria trebuitoare pentru o însemnată mişcare de bolnavi — în deosebi în timp de epidemii — au fost achiziţionate din fondurile Internatului, precum de altfel costul lucrărilor pavilionului Infirmieriei a fost suportat în întregime de acelaş institut prin rectorul lui de atunci care a promovat cu o rară bunăvoinţă realizarea cu un ceas mai de grabă a unui adăpost aproape spitalicesc în valoare de peste 700,000 Lei pus în slujba tineretului şcolăresc.

In vederea unui serviciu interior cât mai bine asigurat, am sistematizat un post de infirmieră cu o retribuţiune şi obligaţiuni si-

milare cu acele din Institutele de Stat. Infirmieria astfel organizată a dat rezultatele cele mai bune în decursul anilor ce au urmat. Având 12 paturi, — aproximativ 10% din numărul elevilor interni — repartizate în 3 saloane, ea a putut primi simultan bolnavi atinşi de 2—3 boale contagioase diferente, fără ca prin aceasta să se fi adus vreun prejudiciu principiului celei mai riguroase izolări şi fără ca să fi îngăduit vreo contagiune nosocomială.

In ultimele luni ale anului 1929 evacuându-se o serie de încăperi din clădirea Liceului de băieţi, prin trecerea Şcoalei Normale de învăţători în noul său local construit în acel an, s'a desemnat o cameră spaţioasă pentru *Cabinetul medical*. Graţie îngrijirii directorului Liceului de băieţi, ea a putut fi pusă în stare să primească mobilierul apropriat, procurat în bună parte din bugetul Liceului de băieţi, precum şi instrumentarul medical şi chirurgical destul de bogat, cerut şi obţinut cu o mare liberalitate şi promptitudine dela Ministerul Sănătăţii, care a donat odată cu acest material sanitar şi un autoclav de ultim tip, o etuvă transportabilă şi o lampă Quarz. Etuva se găseşte la administraţia Economatului Internatului Liceului de băieţi, fiind considerat ca cea mai potrivită staţiune de bază.

Dela deschiderea acestui nou cabinet medical în anul 1930 şi pus la dispoziţia Liceului de băieţi cu toate clasele paralele, Şcoalei Normale de învăţători, Şcoalei de Arte şi Meserii (actual Gimnaziu Industrial) şi din anul 1931 Liceului Comercial de băieţi, — cu orele de consultaţiuni la 2—3 după amiazi, prelungite nu arareori până la 4 sau chiar 5, s'au perindat până la sfârşitul anului şcolar trecut 6200 bolnavi noui, 3300 bolnavi vechi, convalescenţi sau elevi ţinuţi în observaţie şi s'au dat cel puţin un număr dublu de consultaţiuni. Nu sunt cuprinse în această cifră vizitele medicale la domiciliul elevilor, fie în internate fie externi, de asemeni nici Seminarul Teologic, ai cărui alumni sunt consultaţi separat într'un alt ambulator instalat în edificiul Academiei Teologice, în acelaş timp cu Cabinetul medical al Liceului de băieţi şi rezervat exclusiv studenţilor aceleia.

Ambulatorul Academiei de Teologie a fost aprovizionat aproape în întregime cu mobilă şi instrumente de către Ministerul Sănătăţii în anul 1929, care prin importanta contribuţiune de 12 paturi cu efectele aparţinătoare a făcut posibilă şi transformarea *infirmeriei* într'un local igienic, constătător din 3 camere, una cu 6 paturi pentru boale curente, una de rezervă cu 4 paturi pentru contagioşi şi una cu 2 paturi pentru infirmieri.

Ambulatorul mai adăposteşte şi garnitura de dentistică, furnizată tot de Depozitul Ministerului Sănătăţii pentru elevii tuturor Şcoa-

lelor de băieţi din Blaj. Serviciul dentistic este lăsat în seama unui dentist, lucrările efectuându-se în schimbul unor taxe modice percepute pentru acoperirea costului materialului şi fiind gratuite pentru elevii lipsiţi.

Până în 1930 *Internatul Şcoalei Normale de Învăţători* a funcţionat într'o casă veche, neîncăpătoare chiar pentru internii celor 4 clase de curs superior, singure existente atunci, neputând avea o infirmerie proprie din cauza exiguităţii de spaţiu. Bolnavii nemolipsitori parte rămâneau în paturile lor din dormitoare, parte erau îndrumaţi în spital, unde se internau şi contagioşii.

Prin noua clădire a Şcoalei Normale de Învăţători s'a curmat această stare. *Infirmeria* a fost plasată la un loc puţin frecventat şi putând fi închis oricărui acces indezirabil. In jurul unui vestibul se află grupate camera pentru examinări şi pansat, un salon cu 8 paturi şi o cameră de rezervă cu 4 paturi pentru molipsitori. Totuşi contagioşii de lungă durată precum şi acei cari nu pot fi izolaţi, se internează în secţia infecto-contagioasă a spitalului local. Ca personal tehnic auxiliar sanitar un infirmier.

Ministerul Sănătăţii a contribuit şi de această dată într'o largă măsură la înzestrarea infirmeriei cu mobilier spitalicesc, lingerie aferentă şi instrumentar adecvat.

Dela înfiinţarea Liceului Comercial, infirmeria Şcoalei Normale de învăţători ospitalizează şi pe bolnavii acestuia, situat în vecinătate.

Institutul Recunoştinţei este aşezământul de educaţiune care cel dintâi dintre instituţiunile Blajului a fost conceput şi executat după un plan modern. Voinţa ctitorului lui, marele Mitropolit Vasile Suciu, iniţiatorul şi autorul unor vaste lucrări de edilitate şcolară, a fost să înalţe Şcoala Blajului la un nivel atât de sus, încât creşterea dată în ea să egaleze pe cea câştigată în cele mai reputate institute din străinătate.

Nu putea să scape deci generosului bărbat rolul sanitar ce va fi chemată să îndeplinească în sfera sa de muncă femeea matură, eşită dintr'una din Şcoalele acestui Institut, fie Şcoala Normală de învăţătoare, fie Liceul Comercial de fete, — destinat educaţiunii fetelor cari odată obişnuite cu confortul raţional, familiarizate cu practicarea preceptelor igienei şi salubrităţii, să devină pioniere ale strădaniilor de pătrundere a acestor noţiuni în pături sociale cât mai largi.

Incepând dela bucătăria sclipitoare, cu cazanele ei acţionate prin aburi, trecând prin coridoarele în faianţă, refectoarele, dormitoarele, clasele spaţioase cu ventilaţiune mulţumind exigenţele cele

mai pretendente, până la băile abondent dispuse, alimentate cu apă îndestulătoare şi până la singura canalizare din întreg oraşul, Institutul Recunoştinţei reprezintă o valoare de netăgăduit şi în multe privinţe chiar unică.

Pentru bolnavele Internatului comun tuturor Şcoalelor sale Institutul Recunoştinţei ţine la dispoziţia medicului un *cabinet* instalat de mine şi prevăzut cu instrumentar şi mobilă donate în bună parte de către Ministerul Sănătăţii, care a contribuit şi cu un laborator detistic pentru nevoile stomatologice ale elevelor din Blaj.

Infirmeria Institutului se află dispusă într'o aripă ferită de circulaţie şi constă din salon mare de bolnave cu 10 paturi şi o cameră de rezervă cu 2 paturi pentru contagioase, având la o altă extremitate a clădirii încă o încăpere cu destinaţie sanitară facultativă. Infirmeria are baia şi closetul propriu.

Serviciul este în mânile Surorilor călugăriţe din Blaj, cari cu o abnegaţie incomparabilă asigură bunul mers al întregului Institut. Congregaţia Surorilor, dedicată prin literele ei fundaţionale caritătii şi şcoalei, nutreşte gândul din ce în ce mai puternic de a ridica în Blaj un spital propriu, menit nu numai să umple un gol simţit tot mai accentuat în organizaţia sanitară a judeţului, ci chemat să servească ca Şcoală de Surori de Caritate pentru tinerele ei membre.

Campania dusă de mine pentru reorganizarea sanitară a Şcoalelor din Blaj, nu o pot considera decât abia începută. Oricât s'ar nizui singuraticele instituţiuni de a-i asigura o reuşită, ea se va găsi prinsă în angrenajul aparatului sanitar al oraşului, aparat defectuos şi fără perspective de desvoltare în spiritul igienei moderne sociale, atât timp cât apeductul este sub apăsarea unor măsuri prohibitive de a fi condus în case, bucurându-se de binefacerile lui abia câteva instituţiuni şi aceste numai în doze raţionalizate; când canalizarea se află încă în faza unui deziderîu a cărui realizare nici măcar nu se contureză.

Presupunând că elevii interni ar dispune de suficientă apă pentru băile de curăţenie sistematic urmărite, rămâne însă marea masă a elevilor externi cari sunt lipsiţi de această deprindere, de altfel împreună cu marea majoritate a locuitorilor. Vizitele şi examinările medicale făcute trimestrial şi în cazuri de boale infecto-contagioase lunar sau bihebdomar, vor fi neputincioase să constate o stare mulţumitoare de salubritate individuală şi colectivă, când oraşul nu are o baie publică, discutată de mai bine un deceniu, dar menţinută în proiect greu de urnit.

S'ar comite o nedreptate dacă în ciuda multor lipsuri ale oraşului, dintre care am enumărat abia pe cele mai arzătoare, nu s'ar recunoaşte sincer importantul pas ce s'a făcut pe tărâm edilitar şi urbanistic în Blajul îmbătrânit şi reţinut cu dinadinsul de stăpânitorii de ieri într'o stare de inferioritate a înfăţişerii lui exterioare, adăogând un titlu mai mult la suferinţele lui pentru Neam. Arterele principale au fost pavate, s'au construit trotuare, un parc, eliminând adevărate cuiburi de praf. Străzile se stropesc cu oareşcare regularitate. Abatorul nou se află în plină executare.

Progrese în domeniul sănătăţii publice există, dar ele au încă nevoe de o continuă stăruinţă pentru a atinge acel grad la care trebue să aspire şi să se situeze un oraş de reşedinţă, care are onoarea să fie leagănul de cultură al atâtor tinere vlăstare.

Impresii dela congresul internaţional al surorilor din Londra.

Au trecut 35 ani de când în Londra au fost puse bazele Consiliului, pentru a uni Surorile cari lucrează în toate colţurile lumei şi a întări spiritul de unitate, pentru ca ajutându-se reciproc, să servească cât mai bine individul, familia, naţiunea şi umanitatea.

Azi această Asociaţie Internaţională, uneşte 32 ţări, iar spiritul Asociaţiei este acel gând puternic, de a servi sănătatea publică, făcând educaţia populaţiei, îngrijind bolnavii potrivit tehnicei şi ştiinţei moderne, pentru a grăbi însănătoşirea.

3000 delegate au fost unite în zilele de: 19—24 Iulie 1937, la Londra, pentru a câştiga cunoştinţă şi idei noui, ca apoi acasă să dea din aceia flacără sfântă, care este întruchipată în însăşi viaţa infirmierelor organizate pentru a ridica tot mai sus standardul profesional, a asigura educaţia şi etica cea mai înaltă, stimulând spiritul de utilitate publică şi spiritul de răspundere cetăţenească, în fiecare membră.

Oraşul îmbrăcase haina de sărbătoare, era scăldat în soare şi lumină, atunci când delegatele grăbeau spre Catedralele Westminster şi Sf. Paul, unde Sanctitatea Sa Episcopul, a cerut binecuvântarea protiei cereşti şi a urat succes acestui consiliu, cel mai uman dintre consilii, pentrucă alină suferinţele trupeşti şi sufleteşti.

Congresul a fost deschis de către Princesa Royală G. B. E. sora Regelui.

Programul Asociaţiei înglobează toate problemele, cari preocupă azi lumea dornică de a contribui la îmbunătăţirea sănătăţii publice. Şedinţele au fost ţinute concomitent în patru secţiuni:

1. Educaţia şi pregătirea profesională a Surorilor.
2. Administraţia şi organizaţia spitalelor.
3. Sănătatea publică şi rolul Sorei.
4. Diferite probleme profesionale.

Credem că având sugestii nu numai din cele 32 țări afiliate dar și din 8 țări cari au fost reprezentate, vom reuși să facem în fiecare țară, un pas înainte, evitând din experiențele altora unele greșeli, cari ar părea să fie inerente oricărui început.

Nenumăratele recepții oferite în onoarea Surorilor, au dovedit ce mult este apreciată infirmiera modernă în Anglia. S'a dovedit că viața și munca depusă de Florence Nightingale D-na cu candele, sau Ingerul Alb, a fost o viață nemuritoare, pentrucă spiritul ei curat trăește azi în sufletul infirmierelor din lumea întreagă. Florence Nightingale, a fost aceia care a demonstrat lumei întregi, ce poate face o femeie cultă și nobilă ca infirmieră, ce poate face ca Soră de Ocrotire și ce poate face ca Infirmieră Voluntară. Ea a organizat prima școală de infirmiere la Londra și dela munca ei, au fost inspirate multe persoane în lumea întreagă. O vizită la țară, în aceia casă boierească, în acel parc minunat dovedește că în mijlocul naturei gândurile sunt mai curate, dorințele mai altruiste.

Maiestatea Sa Regina Mary și Regina Elisabeta, au primit delegatele în Parcul Buckingham Palace. Pentru fiecare delegată, au găsit cuvintele potrivite, arătând cel mai viu interes, pentru munca Surorilor din diferitele colțuri ale lumei.

Recepția dată în Palatul Westminster, cu permisia M. S. Regelui de Dl Ministru Președinte, când Casa Lorzilor, Casa Comunelor și Galeriile Royale, au fost deschise, pentru a fi vizitate de către reprezentantele diferitelor țări, au fost seri neuitate pentru noi.

Recepția dată la Guildhall, unde am cunoscut conducătorii Londrei și am putut vedea ceremonia cu care sunt prezentate persoanele străine, Primarului Londrei.

Diferite spitale, Colegiul Universitar și alte Asociații au aranjat nenumărate serbări de vară și recepții pentru a ne da ocazia să cunoaștem cât mai bine viața Londoneză și să vedem ce multă atenție se dă Congresului nostru.

Solemnitatea admiterei Asociației Naționale a României a fost grandioasă. Drapelele celor 31 de țări fâlfâiau. Pe rând au fost intonate toate imnurile naționale, apoi un salut din partea Franței în care se vorbește în cuvinte elogioase despre calitățile minunate ale României, Asociația noastră a fost admisă ca membră. O cercetașă, aduce drapelul nostru național, imnul regal este intonat, iar eu purtând costumul nostru național, care a fost admirat de o lume întreagă, am mulțumit pentru cinstea de a fi admisă și am arătat că Asociația noastră, deși tânără, crede în idealurile vechi, în triumful binelui, a frumosului și a adevărului. Am asigurat Consiliul că deși organizația

noastră nu este încă perfectă, suntem animate de acelaş ideal înalt de a ne servi cât mai bine ţara, contribuind prin munca noastră la uşurarea suferinţelor.

O piesă teatrală, jucată de elevele internaţionale ale Colegiului de Nursing, ne-au dat fericita ocazie să retrăim epoca primelor diaconese, să vedem munca depusă de călugăriţe, am fost plimbate şi prin templele romanilor ca să ne dăm seama, cum în toate epocile femeia a căutat să aline suferinţa. Numai secolul XVIII-lea şi începutul secolului XIX-lea, găsim bolnavii rău îngrijiţi şi de aceia Şcoala modernă, înfiinţată de Florence Nightingale a fost cu adevărat o lumină în întuneric.

Recepţia dată de Dl Ministru al Sănătăţii, salutul Preşedintelui Colegiului Medical, salutul Asociaţiei Chirurgilor, au dovedit că Surorile au câştigat prin munca lor încrederea şefilor, deoarece în cuvintele lor, D-nii Doctori exprimau mulţumiri Surorilor pentru munca depusă cu atâta pricepere şi devotament şi le numiau preţioase colaboratoare.

Noi suntem la început, dar am convingerea că suntem pe drumul cel bun şi credem că în scurt timp Surorile din România, vor fi la înălţimea Surorilor din alte ţări.

Z. Costreş,
directoare Iaşi.

Dr. Petre Vlad, medic şef al Municipiului Cluj; *Raport de activitate pe anul 1936.*

Urmând o frumoasă tradiţie, dl Dr. Petre Vlad, medicul şef al Municipiului Cluj, publică într'un elegant volum de 110 pagini raportul de activitate al Serviciului Sanitar pe care îl conduce, înfăţişându-ne situaţia sanitară şi realizările pe acest teren, în decursul anului de activitate 1936.

Documentatul raport al dlui Dr. Vlad, este împărţit pe capitole şi ramuri de activitate şi cuprinde numeroase tabele statistice comparative.

Din cuprinsul raportului aflăm că, municipiul Cluj are astăzi o cifră de 103,215 locuitori, deci cu 24,492 locuitori mai mult decât în anul 1919. *Natalitatea* anului 1936 se prezintă la o cifră relativ scăzută cu 15,4‰, iar *mortalitatea generală* la fel, la o proporţie destul de redusă cu 12,3‰. *Excedentul natural* de populaţiune se prezintă deci cu o proporţie de 3,1‰, fiind mai mic decât media pe ţară pentru mediul urban din acelaş an. De remarcat că atât natalitatea, cât şi sporul de populaţiune este mai mare la locuitorii români decât la minoritarii din municipiu. O altă observaţie care se degajează din tabelele comparative privitoare la *căsătorii*, este numărul tot mai mare de căsătorii mixte între bărbaţi de origine română şi între femei minoritare, îndeosebi de origine maghiară.

Mortalitatea infantilă se prezintă mai urcată decât în anii precedenţi, dându-ne proporţia de 14,8‰, cifră care se găseşte totuşi sub media pe ţară pentru mediul urban.

Un capitol special se ocupă de evoluţia bolilor contagioase în decursul anului 1936, remarcându-se rezultatele vaccinaţiunei antidifterice şi antiscarlatinoase.

Un capitol deosebit este consacrat activităţii *Oficiului de Ocrotire* al municipiului Cluj care funcţionează cu începere din 1933 sub conducerea dlui *Dr. Florian Popovici.*

Oficiul de ocrotire creat în conformitate cu prevederile Legii sanitare din 1930, are ca scop introducerea unui sistem modern de medicină preventivă pentru populaţia urbană. El se compune din trei secţii şi anume: *secţia ocrotirii*, având ca scop principal combaterea mortalităţii infantile, profilaxia şi combaterea tuberculozei şi igiena şcolară; *secţia asistenţei sociale* prin care se asigură asistenţa socială modernă a tuturor dependenţilor sociali din municipiu şi *secţia administrativă* care se ocupă de întreaga parte birocratică, ad.-tivă şi bugetară a Oficiului de ocrotire.

La secţia ocrotirii lucrează surorile de ocrotire care îndeplinesc o operă educativă şi igienico-sanitară în familie şi colectivitate, începând cu epoca prenatală, continuând cu sugaciul, preşcolarul, şcolarul şi adultul.

Surorile de ocrotire ale acestei secţii au făcut în primii patru ani de activitate în total 96,859 vizite la domiciliu, numărul acestor vizite crescând din an în an. Au fost ocrotite *1018 gravide* şi *3871* copii sugaci. Procentul sugacilor ocrotiţi se urcă astfel la proporţia de 62,0% din total, iar rezultatele se manifestă în cifra extrem de redusă a mortalităţii copiilor ocrotiţi, faţă de grupul celor neocrotiţi. Mortalitatea infantilă a copiilor născuţi de femeile cari au beneficiat şi de o ocrotire prenatală este de abia 7,8%, iar mortalitatea infantilă la grupul întreg al copiilor ocrotiţi în cei patru ani de activitate este de 9,4%, până când mortalitatea grupului copiilor neocrotiţi în acelaş timp este de 18,5%.

Credem că aceste rezultate sunt suficient de demonstrative şi ele dovedesc în mod evident eficacitatea sistemului preventiv introdus.

In afară de ocrotirea gravidelor şi a sugacilor, secţia de ocrotire s'a ocupat în mod deosebit de ocrotirea copiilor preşcolari şi şcolari, făcând în acest scop

24,949 de vizite la domiciliu şi având în evidenţă în total 24,706 elevi şcolari. In afară de aceasta, surorile de ocrotire au activat pe o scară destul de întinsă şi în domeniul combaterii tuberculozei, făcând în total 3551 vizite la domiciliu în familiile bolnavilor de tuberculoză.

Secţia asistenţei sociale a organizat după principii moderne asistenţa socială a dependenţilor din cuprinsul municipiului, realizând importante economii pentru Primărie şi asigurând o asistenţă reală în condiţiuni bune, precum şi o colaborare strânsă şi raţională între diferitele societăţi şi instituţii de binefacere particulare.

Se poate afirma, în baza rezultatelor obţinute până acum, că oficiul de ocrotire a reuşit să se impună ca un organ necesar şi extrem de util pentru promovarea sănătăţii publice.

Remarcăm din conţinutul raportului activitatea frumoasă şi rezultatele dobândite de către *Biroul pentru controlul industriilor*, localurilor publice şi al salubrităţii pus sub conducerea dlui Dr. Leon Prodan. Prin acest biurou s'a început o serioasă operă de control sanitar a fabricilor, atelierelor, localurilor publice, a pieţelor publice şi comerţului ambulant, precum şi a salubrităţii publice din cuprinsul Municipiului.

In acelaş timp, Serviciul sanitar al Municipiului Cluj, printr'un chimist controlor a introdus şi un sistem eficace de control al alimentelor şi beuturilor, iar prin Serviciul de Contencios s'a reglementat în mod echitabil problema aplicării amenzilor sanitare şi a altor preocupări de ordin juridic date în sarcina Serviciilor sanitare a judeţelor şi Municipiilor.

Activitatea celor 6 medici de circumscripţie urbană s'a rezumat la preocupările tradiţionale şi anume asistenţa medicală a bolnavilor săraci prin consultaţii la dispensar şi domiciliu; verificări de decese; ridicări de cadavre şi executarea vaccinaţiunilor preventive.

Serviciul Sanitar al Municipiului Cluj în afară de aceasta a întreţinut o colonie de vară pentru copii debili şi anemici pentru un total de 570 copii şi a înfiinţat un dispensar pentru consultaţii infantile în colonia „Iris". In afară de aceasta Serviciul sanitar municipal a colaborat în mod intens cu Ambulatoriul Policlinic, Laboratorul Regional de Igienă şi cu diferitele dispensare speciale de Stat sau particulare care funcţionează pe raza Municipiului.

Raportul de activitate al dlui Dr. Petre Vlad ne înfăţişază situaţia sanitară reală a municipiului Cluj şi ne arată munca devotată şi priceputâ pe care o depune Serviciul sanitar al acestui Municipiu. Rezultatele dobândite prin noile sisteme sunt cât se poate de frumoase şi ele dovedesc încăodata marea necesitate a introducerii sistemului preventiv în organizarea noastră sanitară. *is.*

Dr. P. Niculescu şi *Dr. C. Strat:* **Anatomia, Fiziologia şi Igiena omului, pentru clasa IV secundară.** Dl Prof. Dr. P. Niculescu şi asistentul său au publicat în ediţia tipografiei Alexandru Terec din Iaşi, un manual de Anatomie, Fiziologie şi Igiena omului pentru clasa IV-a secundară. Manualul este întocmit în conformitate cu programa analitică din 1935 şi este aprobat de Ministerul Educaţiei Naţionale.

Cartea este concepută după criterii ştiinţifice moderne şi cuprinde întreg materialul necesar pentru clasa IV-a a Şcolilor secundare.

Manualul este scris într'o frumoasă limbă literară, iar materialul este aranjat într'o formă care permite o informaţie uşoară şi rapidă asupra tuturor problemelor pe care le tratează.

Recomandăm cu toată căldura acest manual colegilor cari îndeplinesc funcţiunea de medici şcolari în şcolile noastre secundare. *is.*

Am primit la redacţie **„Revista de Pediatrie şi Puericultură"**, Buletinul Soc. de Pediatrie şi puericultură din Cluj, Anul I, Nr. 5—8, Mai—Aug. 1937.

Apare în condiţii tehnice ireproşabile cu un bogat conţinut ştiinţific între care amintim conferinţa ţinută de dl *Prof. Armando Ronchi* (Roma), în şedinţa din 12 VI. 1937 a Soc. de Puericultură şi Pediatrie, Cluj, sub auspiciile Institutului de cultură italiană. Conferinţa poartă titlul *„La protezione della Maternita e dell' infanzia in Italia"* şi ne arată grandioasele realizări, organizaţii, instituţii, aşezăminte ale Italiei din era fascistă, în ceace priveşte protecţia mamei şi a copilului.

Dl *Prof. Dr. G. Popovici* publică *„La natalité et les causes de la mortalité infantile dans les regions rurales en Roumanie"*. In acest articol Domnia-Sa cu competinţa unanim recunoscută, tratează această problemă vitală pentru viitorul neamului nostru.

Semnează articole încă dnii *Dri E. Mihalca, R. Berdac, Oct. Pop, D. Zeana, Adriana Berariu* şi alţii.

„Revista Muncii — Sănătăţii şi ocrotirilor Sociale" — Anul V, 15 Sept. 1937, Nr. 7.

Intr'un articol de fond dl *Prof. I. Nistor* ministrul muncii şi ocrotirilor sociale, intitulat: *„Noua lege a meseriilor"*, Domnia-Sa explică rostul acestei legi a cărei obiect principal este: „îndrumarea, pregătirea şi perfecţionarea elementului românesc şi aşezarea lui în situaţii corespunzătoare importanţei pe care o prezintă meseriile şi industriile pentru viaţa economică modernă şi pentru desvoltarea modernă a unui neam".

Dl *Prof. Dr. Danielopolu* publică un articol despre *„Organizarea sănătăţii publice"*, care se află la noi într'o situaţie mult inferioară altor ţări civilizate. Cauza acestei stări, pe lângă micimea fondurilor destinate acestui capitol mai rezidă şi în lipsa de coordonare a activităţii tuturor Instituţiilor ce se ocupă în ţară de sănătate şi prin lipsa de coordonare a organizării sanitare cu alte ramuri de activitate ale statului cu cari sănătatea publică are o strânsă legătură.

Remarcăm în deosebi articolul *„Orientarea profesională"* de *Dr. Miron Tabic*, medicul Camerei de Muncă din Arad. Această problemă de mare actualitate pentru ţara noastră, este pe larg şi documentat expusă în toată complexitatea ei. Iniţiativă cu atât mai laudabilă pentru autor, întrucât Domnia-Sa studiază pe teren (anchetarea alor 1000 ucenici din Arad) totalul constatărilor judicioase, din acest articol.

Semnează încă articole din domeniul muncii dnii *Valeriu Roman, Const. Efrimescu*, etc.

„România Medicală", Anul XV, Nr. 20, 15 Oct. 1935, cuprinde articole ştiinţifice semnate de *Agregat Dr. Noica D. (†), Dr. Arama V., Dr. Lupulescu, Dr. Stroescu, Prof. Dr. Meţianu* şi *Dr. D. Borş, Dr. Surugiu, Dr. Zeana, Dr. M. Ilie*

Impresii dela congrese descriu dnii *Prof. Dr. C. Daniel* şi *Dr. St. Popian.*

Viaţa medicală puţin cunoscută din Anglia ne este redată de dl *Prof. Dr. P. Tomescu* în articolul *„Impresiuni medicale din Anglia"*.

Revista se încheie cu un bogat material informativ şi bibliografia cărţilor de interes medical.

„Clujul Medical". Anul XVIII, Nr. 10, 1 Octomvrie 1937, cu următorul sumar: *T. Spârchez* şi *E. Viciu:* Reacţia Takata-Ara şi valoarea ei chimică în diagnosticul afecţiunilor hepatice.

Dir. Dr. C. C. Veluda Indicele facial superior (Kolman) la români şi unguri. *Doc. Dr. C. Stanca:* Consideraţiuni statistice asupra operaţiunilor pe anexele uterine executate între anii 1932—1936. *Dr. Petru Rudu:* Un caz rar de cancer gelatinos al

apendicelui cu metastase generalizate, evoluând sub aspectul unei insuficiente circulatorii. *Vintilă Max Popovici* şi *Boris Dulipovici:* Chinaeterul în terapeutica chirurgicală. La sfârşit revista-revistelor şi informaţiuni.

„Vestul Medical". Anul III, Octomvrie 1937, Nr. 10. Cu articole originale de *Dr. Iosif Ghitea* despre: *Proporţia infecţiei tuberculoase în comunele din judeţul Dolj. Dr. Emil Pocrean: Două cazuri de insuficienţă coronară.* Semnează încă interesante articole dnii *Doctori Traian Petrescu, Teofila Ioanidi Roman, Nicolae Pop* şi *D. Hortopan.*

„Revu Medico-Chirurgical" 48-ème anné Nr. 3, 1937, Iaşi. Revistă medicală cu tradiţie medicală veche în capitala Moldovei, apare în condiţii ireproşabile cu un bogat material ştiinţific. Semnat de dnii *Dr. Jules Nitzulescu, Prof. Dr. I. Bălteanu, Dr. M. Franche, Dr. C. Diacă* şi alţii.

„Antigaz". Buletinul Direcţiei Chimice Militare. Anul XI, Nr. 9, Septemvrie 1937. Revistă cu conţinut de specialitate în arma chimică. Tratează probleme de interes militar şi pentru populaţia civilă în articolele semnate de dnii *Col. N. D. Popescu: Propuneri privitoare la întrebuinţarea trupelor chimice, Lt. Ing. Pr. Al. Wohlrap: Din posibilităţile actuale şi viitoare ale gazelor de luptă.* Trad. de *Maior Petrovan I.: Protecţia populaţiei civile contra războiului chimic.*

„Bucureştiul Medical". Anul IX, vol. IX, 1937, Nr. 6. Semnează dnii *Dri Sofia Perticori, Silviu D. Con* şi alţii.

Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest. Tome II. No. 1937.

Consideraţiuni asupra proteidoglycemiei în Schizofrenie de *P. Tomesco, I. Cosmulescu* şi *E. Giossan.*

Autorii au dozat a jeun zahărul liber şi cel proteidique la 90 de cazuri de Schizofrenie, excludând bolnavii care au fost supuşi vreunui tratament cu insulină şi pyretotherapie.

S'a dozat după metoda lui Bierry şi Portier.

In adenopatiile hilare, în leziunile fibroase zahărul proteic a fost mai moderat ca în tuberculoza pulmonară mixtă caseoasă şi cavernoasă.

In toate cazurile de schizofrenie autorii găsesc tulburări de metabolism şi îşi pun întrebarea dacă este o cauză sau este un proces produs de schizofrenie.

Din cercetările făcute autorii constată că proteidoglycemia este mărită la schizofrenici (în afară de orice leziune tuberculoasă renală sau neoplasmică) şi arată că tulburările de metabolism sunt un semn important în această maladie. **Dr. Lungu.**

Buletin de la Société Roumaine de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie et Endocrinologie No. 1 1936.

Hormonul thyreotrop. Modificări cytologice ale celulelor thyroidiene supuse acţiunei hormonului thyreotrop de *L. Balif, Gherscovici* şi *E. Ungureanu.*

Autorii după experienţele făcute pe cobai au observat următoarele: Hormonul thyreotrop al lobului anterior al hypofiziei exercită o acţiune stimulentă bruscă asupra celulei thyroidiene provocând o secreţie celulară foarte activă.

Acţiunea stimulantă a hormonului se manifestă printr'o hypersecreţie în cytoplasma celulară şi o multiplicare a celulelor şi foliculelor glandei.

Timp de 32 ore există această activitate secretorie, după această fază secreţia se face mult mai lent. Se pare că sunt două substanţe în hormonul thyreotrop.

O substanţă cu acţiune cytosecretorie — cu o perioadă lentă şi de scurtă durată — şi o altă substanţă care stimulează cytoplasma celulară. **Dr. Lungu.**

Congresul Internaţional dela Paris pentru Psihiatria infantilă, din 24 Iulie—1 August 1937.

Debilitatea mintală drept cauză a delicvenţei infantile şi juvenile de *Profesorul Dr. Urechea.*

Autorul arată că un număr mare dintre copiii delicvenţi îl dau debilii mintali, im-

becilii, degenerații, nevropații, encefalopații și histericii. Cei cu constituția ciclotimică în perioadele bine exprimate, apoi cei cu caracter schizoid și paranoid pot manifesta violențe și răsbunare.

Epilepticii comit acte delicvente în timpul acceselor sau în intervalul dintre ele.

Perverșii instinctivi sau cei postencefalitici dau un număr relativ mare de delicvenți. In ce privește etiologia autorul arată că un număr mare dintre copiii delicvenți au o fară nervoasă încărcată. Alții au suferit encefalopatii diverse, traumatisme obstetricale și cerebrale.

Mediul social, imoral favorizează delicvența la copii.

Autorul arată că noul cod penal românesc a prevăzut măsuri profilactice atât medicale, cât și sociale. **Dr. Lungu.**

Note asupra dispersiunei în scara inteligenței Pitner-Paterson (delicvenții adulți și copii). *Dr. G. Preda* și *S. Cupcea.*

Autorii arată că copiii delicvenți pe care i-au examinat prezintă o dispersiune mai mare în testele lui Pitner și Patersen decât copiii nedelicvenți.

Această dispersiune din punct de vedere al numărului se apropie de grupa oligophrenică, paranoidă și epileptică la adulți. Dispersiunea nu este redusă numai la o instabilitate emotivă și a atențiunei dar este chiar o incapacitate mintală constatată atât la primul examen, cât și la al doilea.

La copiii delicvenți ca și la bolnavii mintali adulți (în special la aceia cu sindrome demențiale și schizoide) găsesc o execuție mult inferioară vârstei lor mintale la testul completării de imagini Healy și în special la Cube test. **Dr. Lungu.**

Bulletins et Memoires de la Section d'endocrinologie No. VI, 1937.

Noui cercetări asupra sindromului hyperepiphysar experimental. *C. I. Parhon* și *D-ra G. Werner.*

Autorii arată că extractul epiphysar exercită o acțiune inhibitoare asupra gonadelor rățoiului.

Cu doze moderate acest tratament este un excitator, iar cu doze masive este un inhibitor al creșterei. Hipertrofia thymusului se constată la păsările tratate cu doze mai puțin forte, iar mărirea volumului suprarenalelor și thyroidei se observă la toate animalele supuse acestui tratament.

Dr. Lungu.

Archives de neurologie No. 2 din 1937.

Glion chistic al emisferului drept. — Operație — vindecare de *Dr. Paulian, Dr. Bagdazar* și *M. Cardas.*

Autorii publică cazul unui copil de 11 ani care prezenta o tumoară cerebrală „gliom chistic al emisferului drept". Au făcut extirparea tumoarei și după o lună pacientul părăsește serviciul vindecat.

Dr. Lungu.

Note de terapeutică.

Siumpf: **„Cardiazol ca reanimator după narcoze cu eunarcon, eter și avertină"**, Münchener medizinische Wochenschrift, 1936, Nr. 45, pag. 1838.

Autorul relatează despre o sută de cazuri, în cari s'a injectat Cardiazol (în general 3. ccm. intravenos; la narcoze cu avertină în afară de aceasta imediat încă odată 2 ccm. subcutanat) spre scurtarea resp. întreruperea narcozelor cu eunarcon, eter și avertină. Rezultatele obținute la narcoză cu eunarcon fură deosebit de favorabile. Mai departe s'au constatat în totdeauna imediat după injecția Cardiazolului îmbunătățirea respirației și influențarea favorabilă a circulației. Nu s'au observat niciodată fenomene secundare.

Meder: **„Cardiazol-Chinina în ginecologie"**, Deutsche medizinische Wochenschrift, 1936, Nr. 37, pag. 1510.

Principalele indicaţii ale Cardiazol-Chininei în ginecologie sunt următoarele: avort febril incipient, avort incomplet pronunţat febril când canalul cervical este închis, febră după curetaje, febră puerperală consecutivă stazei de lochii, inerţie uterină (primară şi secundară), grăbirea contracţiilor uterine la întârzierea naşterii normale. Autorul insistă asupra faptului că prin adausul de Cardiazol efectul chininei se accelerează şi se întăreşte.

Spârchez şi Russu: **„Cercetările experimentale la intoxicaţii cu barbiturice"**, Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Thèrapie, vol. LV, Nr. 2, 28 Februarie 1937, pag. 125/35.

Autorii au obţinut rezultate bune cu strichnină (1—4 ori doză toxică) la câinii intoxicaţi cu barbiturice (1 sau 1/2 ori doza toxică). Şi Cardiazolul s'a dovedit a fi un antagonist excelent faţă de derivatele barbiturice. Combinaţia terapiei strichninice cu Cardiazol pare să întărească efectul strichninei. Cardiazol se întrebuinţează în mod curent la intoxicaţii cu darbiturice, şi se obţin cele mai bune rezultate, în Clinica Universitară din Cluj. În cazuri grave se recurge la tratamentul combinat strichnină-Cardiazol. Prin acest lucru s'a reuşit a salva pe bolnavii intoxicaţi cu doze masive de barbiturice.

Viessmann: **„Contribuţiuni la tratamentul edemului pulmonar"**, Fortschritte der Therapie, 1936, Nr. 9, pag. 570.

Autorul relatează despre un caz de edem pulmonar acut, la care Cardiazol a acţionat salvator. Era vorba de o bolnavă de 50 de ani cu nefroscleroză şi hipertonie puternică. În urma unui surmenaj fizic s'a ivit subit un edem pulmonar intensiv. Starea era aşa de ameninţătoare încât sfârşitul părea să fie iminent. Autorul a injectat deocamdată 1,5 ccm. Cardiazol intravenos. Puţin timp mai târziu respiraţia care mai înainte era complet întreruptă, devenea mai bună, pulsul s'a îmbunătăţit considerabil şi conştiinţa pierdută a revenit. Spre siguranţă s'au mai injectat 1,5 cc. Cardiazol pe cale intramusculară. Succesul acestei metode a fost aşa de evident încât bolnava, în ciuda interzicerii medicale, a părăsit patul în următoarea zi.

D. Stanca şi *N. Gherman:* **„Progresul realizat în tratamentul gripei şi complicaţiunilor ei"**, „Clujul Medical", 1936, Nr. 11.

În cazuri acute de gripă şi îmbolnăviri catarale a fost posibil adeseori de a cupa de-a dreptul cursul boalei prin injecţia intragluteală a 2 fiole Cardiazol-Chinină. S'a putut evita prin metoda aceasta ivirea unor complicaţii eventuale. Când era vorba de forme cronice cu complicaţii ameninţătoare sau chiar existente, efectul Cardiazol-Chininei nu era aşa de repede ca în cazuri acute, dar s'a putut obţine întotdeauna vindecare completă fără recidive în decursul de 1—2 săptămâni — puţin mai târziu în cazuri cu complicaţiuni. După părerea autorilor Cardiazol-Chinina constitue pe drept cuvânt, un adevărat progres în terapeutica medicamentoasă.

„Contribuţiuni la tratamentul emboliei arteriale", de *Dr. Georg Leiner.* (Dela Clinica I. medicală universitară din Viena; Director: Prof. Dr. H. Eppinger). Klinische Wochenschrift 1937, Nr. 18, Pag. 639.

Autorul recomandă injecţiunea intra-arterială de *Eupaverină* Merck, deoarece este mai eficace decât cea intravenoasă. La o pacientă s'a putut înlătura manifestările ameninţătoare ale unei embolii arteriale, printr'o injecţiune intra-arterială de Eupaverină deasupra sediului emboliei, în timp ce administrarea intravenoasă a avut ca efect numai o slabă ameliorare. S'a comparat acţiunea injecţiunilor intra-arteriale şi intravenoase în cazuri de eludicaţie intermitentă, endarterită obliterantă cu şi fără gangrenă precum şi în gangrenă diabetică incipientă, cu care ocazie s'a constatat superioritatea administrării intra-arteriale. Tehnica nu este dificilă: artera femorală se palpează bine şi este accesibilă sub arcada inguinală. Tot aşa se pot găsi cu uşurinţă artera

humerală şi subclaviculară pentru injecţiuni. Procedeul este lipsit de pericol. Ar trebui să fie aplicat cât de curând posibil după apariţiunea embuliei, mai ales că rezultatele ar trebui să fie mai bune decât cele după embolectomie.

„Tratament cu Eupaverină în embolie", de *E. Domanig.* (Dela secţiunea chirurgicală a spitalului Sf. Johan Salzburg). Zentralblatt für Chirurgie 1937, Nr. 20, Pag. 1161.

Pacientă în vârstă de 42 ani, operată de apendicită neperforată. A 7-a zi şi a 8-a zi după operaţie apar pusseuri embolice foarte grave cari au fost suprimate prin administrări continue intravenoase şi intramusculare, de Eupaverină Merck. 8 zile mai târziu, embolie a arterei poplitee a unui picior. Se administrează din nou Eupaverină; în decurs de 6 ore s'au injectat 10 fiole intravenos sau intramuscular. De atunci nu a mai apărut nici un accident. După 52 zile dela operaţie bolnava vindecată este concediată. Două atacuri extrem de grave de embolie pulmonară şi o obliteratie embolică ulterioară a arterei poplitee, la un caz cu foramen oval deschis, au fost înlăturate deci prin Eupaverină. In asemenea cazuri nu trebue să fii fricos în dozare; preparatul trebue să fie administrat în doze mari şi continuat mai multă vreme.

Doc. Ioan N. Voicu: **„Intrebuinţarea Dilaudidului şi Dilaudid-Scopolaminei în ginecologie şi obstetrică"**, Endocrinologie, Ginecologie, Obstetrică, anul II, Nr. 1, Aprilie 1937, pag. 105—109.

Timp de ani de zile autorul a avut ocaziunea să utilizeze Dilaudid şi Dilaudid-Scopolamină pe bază largă în Clinica Ginecologică şi Obstetricală a Universităţii din Cluj. Publicaţia sa cuprinde mai mult decât 1500 cazuri menţionate într'un tablou rezumativ.

In ginecologia operatorie Dilaudid a făcut servicii bune ca calmant preoperator şi analgetic postoperator precum şi pentru susţinerea rachianesteziei. La para-perimetrite, pelviperitonite şi dismenorre, supozitoriile de Dilaudid dau rezultate foarte bune, (în neoplasmele uterine inoperabile alternativ cu injecţiile de Dilaudid). La naşterile cu contracţiuni uterine foarte puternice şi dureroase, Dilaudid calmează pe parturientă, fără de a fi influenţat înspre rău contracţiunile uterine.

Prin Dilaudid Scopolamină se obţine un somn crepuscular uşor, permiţând (fără anestezie) executarea unor mici intervenţii ginecologice şi obstetricale (raclaje, etc.) Nu s'au observat fenomene secundare neplăcute după administrarea Dilaudidului şi Dilaudid-Scopolaminei.

Despre acţiunea narcozei mezencefalului în maladia lui Basedow de *Egon Fenz.* Klinische Wochenschrift 1937, Nr. 3, Pag. 97.

Pornind dela idea raporturilor strânse între tiroidă şi mezencefal şi având în vedere importanţa aşa numitului „Basedow central" s'au făcut cercetări cu preparate barbiturice pentru a atinge o inhibiţie a centrilor din mezencefal. Foarte activ şi mai ales lipsit de orice efect hinoptic, s'a dovedit a fi *Prominalul,* administrat pe cale bucală în doze de 3×0,20 gr. pe zi timp de 3—7 zile. Cercetările comparative făcute la indivizi cu metabolismul normal şi la basedovieni, înainte şi după administrare de Prominal, au arătat la cei din urmă o scădere regulată şi importantă care deseori este mai mare de 30% (într'un caz chiar peste 50%). După o prominalizare repetată s'a putut scădea metabolismul bazal până la normal. In mod obişnuit valorile metabolismului bazal au crescut din nou după câteva zile dela încetarea curei de Prominal; totuşi în mai multe cazuri acestea au persistat mult timp mai scăzute decât înainte de începutul tratamentului. Iritabilitatea psihică s'a ameliorat, în mod regulat foarte mult. Deasemenea alte constante (eliminarea apei, glicemia, cholesterinemia, carotinemia, rezerva alcalină), au fost influenţate în mod favorabil. Aproape în toate cazurile s'a produs o creştere în greutate (într'un caz după şase cure, 30 Kgr.), o rărire a pulsului şi o egalizare

a temperaturilor. Au rămas neînfluenţate transpiraţiunile, tremurăturile şi exoftalmia.

Un tratament al maladiei lui Basedow prin doze masive de Prominal sau prin doze mai slabe dar susţinute, apare promiţător pentru pregătirea operaţiunii.

„Despre Evipan-sodic", de *Dr. Titu Rusu.* Medic Primar al Clinicei Chirurgicale din Spitalul Timişoara. Referat din „Vestul Medical" Nr 6, 1935.

In intervalul dela Ianuarie 1934—Iulie 1935, adică în timp de 1 1/2 ani, Dr. Rusu a avut ocazia de a observa resp. chiar de a trata 550 bolnavi în narcoza cu Evipan-sodic. El expune sub formă de tablou, diferitele intervenţiuni chirurgicale, care le-a executat în narcoza cu Evipan-sodic. Intre acestea se află 318 cazuri de apendicită simplă şi acută, 91 cazuri de apendicită gangrenoasă, 39 ulcere gastrice, 24 hernii inguinale, 6 cazuri de sarcină extra-uterină (tubară) 10 operaţiuni de cancer ale toracelui cu extirparea completă a ganglionilor axilari, 4 cazuri de cancer inoperabil al stomacului precum şi o serie întreagă de alte intervenţiuni deobicei de scurtă durată.

La început, când s'a introdus în clinică Evipanul-sodic, injecţiunile se administrau cu câte 1 cc. în 12 secunde, astfel încât cantitatea totală de 10 cc. să fie administrată timp de 2 minute, fără injecţie prealabilă de morfină. Mai târziu s'au dat doze individuale, făcându-se o oră înainte de operaţie o injecţie de 1—2 ctgr. morfină. Prin acest procedeu au reuşit şi apendicite în total 133 cazuri, cu doze de 3—9 cc. soluţie de Evipan-sodic, doza medie fiind cca. 7—8 cc. Tot astfel individualizând cu multă prudenţă şi fracţionând dozele s'au obţinut 10 cc. soluţie de Evipan-sodic, narcoze până la 40—45 de minute. In cazurile, unde nu s'a putut obţine o narcoză suficientă prin Evipan-sodic s'a recurs şi la eter. Prin această combinaţiune s'a evitat în toate cazurile faza neplăcută de excitaţie, observate de obiceiu în narcozele cu eter. In aproape toate cazurile au ajuns doze mici de eter. Intre cazurile menţionate am avut şi grave, cari nu puteau fi operate de teama narcozei cu eter sau chloroform, şi unde o anestezie locală era deasemenea imposibilă. Insă mulţumită narcozei cu Evipan-sodic am putut termina cu succes aceste operaţiuni.

Pe baza experienţelor sale personale, cât şi a literaturii mondiale asupra Evipanului-sodic, Dr. Rusu, constată că azi nici un chirurg nu se mai poate lipsi de narcoza cu Evipan-sodic. Este într'adevăr necesar de a fi prudent la începutul injecţiunilor şi de a individualiza dozajul. Acţiunea narcoticului este deobiceiu de scurtă durată, ceeace reese dealtfel şi din cercetările şi experienţele celorlalţi autori. Descompunerea rapidă a narcoticului în organism se face în ficat şi 98% din Evipan-sodic dispare, rămânând în urină numai o cantitate minimă. Aceasta ne explică de ce Evipanul-sodic este contraindicat în afecţiuni grave ale ficatului.

Narcoza cu Evipan-sodic seamănă în genere cu somnul normal. Culoarea feţei rămâne normală, câteodată numai se observă o cianoză uşoară în jurul gurei Reflexul corneal dispare în narcoza profundă.

Insuccese se observă prin doze prea mici prin injecţiuni prea lente, mai cu seamă la tineri voinici, fricoşii, alcoolicii şi fumătorii.

O contraindicaţiune absolută nu există conform lucrărilor celor mai mulţi chirurgi. Totuşi există o contraindicaţiune relativă, mai ales în tulburări ale funcţiunei hipatice, în infecţiuni generale grave, în cachexie, tensiune slabă, debilitate generală şi senilitate.

G. Halbach, Spitalul evanghelic. Colonia Lindenthal: **Durerile postoperatorii şi combaterea lor prin Novalgin în doze mari.** Med. Welt 1937 No. 24 pag. 827.

Novalgin poate înlocui morfina în foarte multe stări dureroase. Halbach a întrebuinţat injecţiunea intramusculară de Novalgin de 5 cmc. deoarece a obţinut efecte

insuficiente prin injecţia de 1—2 cmc. Injecţiunea intramusculară este tolerată fără tulburări Efectul se instalează după 20—25 minute şi durează 3—16 ore. Tempera ura corpului scade foarte puţin (cu 0,2—0,4° C): Pentru analgezia completă în tot decursul post-operator ajung de cele mai multe ori 2—3 injecţiuni intramusculare de câte 5 cmc. în primele 2 zile. Pe lângă lipsa de durere apărea o sensaţie de oboseală; somnul însă nu era suficient, dar putea fi obţinut foarte uşor printr'un somnifer din seria acidului barbituric, ca Phanodorm sau Prominal. Novalgin a cauzat deasemenea o eliminare mărită a apei prin transpirare mai ales după anestezii locale. La aproape 100 de bolnavi trataţi cu Novalgin s'au observat turburări ale funcţiunii intestinale sau vezicale. Scaunul vine după 1—2 zile: vezica se videază încă în seara zilei de operaţie. Complicaţiuni postoperatorii la plămâni nu s'au observat, decât în două cazuri o uşoară bronşită. Intrebuinţând o soluţie de morfină 1%, durerile postoperatorii se înlătură în 15—40 minute şi efectul durează 2—10 ore. In 4% din cei trataţi cu morfină Halbach observă greaţă şi vărsături care nu se datoreau efectului tardiv al narcozei. Vezica a funcţionat după 10 ore şi intestinul abia după 48 ore.

Rezumat:

1. Timpul până la apariţia efectului după administrarea Novalginei este în jurul a 25 minute. Durata de acţiune este în medie de 7 ore.

2. Complicaţiunile post-operatorii n'au apărut aşa de frecvent ca după morfină.

3. Nu există o deosebire între Novalgin şi morfină în ce priveşte timpul până la instalarea efectului şi durata de acţiune.

4. Toleranţa Novalginei este bună. Nu s'au observat turburări ale circulaţiunii.

5. Cu Novalgin se poate combate cu succes orice durere postoperatorie, putându-se astfel evita în măsura cea mai largă morfina, analgezicul prin excelenţă a durerilor posoperatorii.

„Tratamentul tifosului exantematic cu Rivanol", de *Dr. Gheorghe Munteanu*, Medic Primar; *Dr. A. Galaguţa*, Medic Secund; *Dr. I. Goldenberg*, Medic auxiliar dela Spitalul de Boli Contagioase, Chişinău. (Referat după „România Medicală" din 15 Oct. 1936).

Autorii de mai sus citind în „Revue des Progres Therapeutiques" rezultatele minunate obţinute cu Rivanol intravenos în tifosul exantematic, au urmat aceeaşi metodă în circa 100 de cazuri. Deoarece în articolul original nu este dată cantitatea exactă de medicament nici concentraţia soluţiei, bolnavii au primit, intravenos o soluţie de Rivanol 1% şi anume: 5 cazuri zilnic 10 ccm, 5 cazuri 20 ccm, iar restul de 84 de bolnavi de câte 2 ori câte 20 cm. pe zi. Abia această doză din urmă a dat rezultatele aşteptate.

Preparatul a fost întrebuinţat numai în cazurile cele mai grave, unde după a doua sau a treia injecţie se observă o vădită ameliorare a bolnavului.

Natural că în acelaş timp nu trebue neglijat tratamentul simptomatic (tonice cardiace, ser glucozat etc.).

Mortalitatea la sută cât şi timpul de boală am putut-o reduce considerabil cu ajutorul acestui medicament.

In concluzie se poate spune că Rivanolul nu este un medicament specific al tifosului exantematic însă un adjuvant de care ne putem folosi într'o largă măsură.

El reduce complicaţiile la un număr foarte mic, este uşor de mânuit şi bine suportat de bolnavi.

L. Ley, Institutul de moaşe şi clinica de femei din Hessa Meinz. **„Contribuţiuni la tratamentul febrei puerperale cu Prontosil"**. Minch. med. Wschr. 1936, Nr. 27, Pag. 1092.

In combaterea infecţiei puerperale, Ley întrebuinţă Prontosil ul pe cale parenterală, bucală şi rectală, pentru profilaxie în 42 de cazuri şi pentru terapie în 37 de cazuri. La injecţii se întrebuinţează de un timp încoace fiola de 5 ccm., având avantajul unui volum mic şi acela, de a

putea fi întrebuinţată intramuscular fără a provoca iritaţii. In administrarea bucală sau rectală se întrebuinţează tablete de Prontosil. Pentru clisme tabletele se dizolvă în soluţie fiziologică sau în soluţie de glucoză de 5%. Intre cele 78 de femei tratate cu Prontosil se găsesc desigur multe, care poate şi fără tratamentul cu Prontosil nu s'ar fi îmbolnăvit grav. Deşi este greu a se cunoaşte sfârşitul unei febre incipiante în lehuzie, trebue totuşi să se administreze Prontosil, mai ales la urcări de temperatură neexplicate, când acestea durează mai mult de 24 de ore. La nici un fel de administrare nu s'au putut observa efecte secundare. Colorarea urinei, care apare curând, dispare după circa 12 ore. In îmbolnăviri grave combinaţia de fiole şi tablete pare să aibă rezultatele cele mai bune; se va da zilnic de 2 ori câte 1—2 fiole şi totodată 3—4 ori în cursul zilei câte o tabletă de Prontosil. Acest tratament, în majoritate oral, de 3 ori câte 1 tabletă, s'a continuat 1—3 zile după căderea curbei febrile, pentrucă de multeori se observă o nouă urcare dacă se întrerupe îndată tratamentul cu Prontosil. Acolo unde a existat după semnele clinice o infecţie genitală (lochii fetide, durere la presiune a uterului etc.) s'au dat tabletele încă un timp îndelungat. Pentru profilaxie s'a dat Prontosil şi pe cale rectală, 7 tablete într'o soluţie fiziologică de 500 ccm sau într'o soluţie de glucoză de 5% în felul unui goutte a goutte Tratamentul prin injecţii a adus deseori, după 1—2 injecţii, căderea temperaturei, alteori însă abea după 10 injecţii. In genere se obţine cu atât mai curând defebrizarea, cu cât mai devreme s'a început tratamentul dela prima apariţie a febrei. Dar şi în cazurile unde există de mai multe zile febră, cu frisoane, s'a putut stăvili, fie chiar după mai multe zile de tratament, pericolul mare. Ca profilactic Prontosil (6, 6 fiole în $3^1/_2$ zile în mediu) s'a administrat la 42 femei cu febră intra partum, în naşteri cezariene cu lichid scurs mai de mult, şi în extracţia manuală a placentei. La 15 femei lehuzia a decurs fără febră, 22 au primit Prontosil, pentrucă intervenţiile făcute sunt urmate adesea de o lehuzie febrilă. Din aceste femei, 20 au fost fără febră. Faţă de 35 lehuzii fără febră, au fost 7 cu febră. Din acestea din urmă, 3 au febricitat timp de o zi, una 2 zile, câte una 4 şi 5 zile şi una a murit după 5 zile. Ca profilactic s'a administrat de 5 ori una, de 8 ori două, şi deşi de 5 ori patru fiole parenterale. De 24 ori s'a dat Prontosil-ul sub formă de clismă. La tratamentul cu Prontosil au venit 37 de femei cu febră peste 38°. S'a renunţat la un diagnostic bacteriologic. Intre aceste femei au fost 11, la care febra a ţinut numai 24—48 ore; Aci tratamentul a fost aplicat dela prima urcare de temperatură peste 38°. Când tratamentul s'a început abea în a 21-a zi de febră, au fost necesare 11 zile până la defervescenţă. In 3 cazuri de septicemie puerperală gravă cu peritonită, Prontosil-ul n'a putut să aducă salvarea. In total Prontosil-ul a avut în 28 cazuri din 37, o influenţă bună asupra mersului boalei.

E. Janowsky de la spitalul central „Hospital" din Reichenberg **„Despre injecţiunile combinate Salyrgan-Decholin"**, Extras din „Medizinische Klinik" 1935, Nr. 4 pag. 120

Indemnat de diferitele comunicări despre majorarea diurezei prin combinaţiunea Salyrgam cu preparate biliare, am experimentat în secţia medicală a spitalului din Reichenberg, ce anume utilitate şi avantaje ne-ar putea da injecţiunile combinate cu Salyrgan. Intr'adevăr rezultatele în privinţa accelerării şi majorărei diurezei, pe cari le-am obţinut în afecţiuni hepatice grave însoţite de edeme şi ascite, cât şi în fenomene congestive cardiale, erau foarte favorabile.

Pentru documentare dăm mai jos câteva observaţiuni mai interesante din Spital:

Fata A. B. 17 ani. Ne-a fost adusă suferindă de câteva săptămâni de un icter persistent, prezentând în ultimile zile fenomene de cholemie, am constatat o hepatită gravă cu funcţiune foarte slăbită

a ficatului la examenul galactozei. Mult timp ne temeam, că afecţiunea se va termina cu o atrofie acută galbenă a ficatului. Fenomenele congestive, ce s'au ivit în circuitul venei porte, ne-au silit de a recurge pe lângă terapia obicinuită şi la un tratament energic de deshidratare. In urma injecţiunilor combinate de Salyrgan-Decholin s'a produs o diureză abundentă de lungă durată, care într'una din zile a atins chiar 6 litri de urină. După câteva injecţiuni combinate de Salyrgan-Decholin s'a putut pe urmă menţine acelaş efect favorabil numai cu Salyrgan singur. Bolnava a ieşit din spital vindecată. Funcţiunea ficatului devenise iarăşi normală, iar edemele şi ascitele au cedat complect.

Bărbat K. H. 58 ani. Acest bolnav suferă de o ciroză hepatică cu fenomene congestive puternice. Prin Salyrgan resp. Salyrgan-Decholin s'a putut menţine în mod durabil cursul deshidtratării, încât nu mai era nevoe de punctiuni.

In rezumat pot să afirm, că combinaţiunea de Salyrgan cu Decholin a majorat totdeauna remarcabil acţiunea diuretică a a Salyrganului, resp. a reactivat-o din nou în cazurile, unde se epuizase. S'a mai constatat şi o durată mai prelungită a acţiunei diuretice.

Un caz de sciatică vindecată prin combinarea tratamentului cu Neuro-Yatren şi cel de diatermie, de *Dr. Szentpaly*, Oradea şi *Dr. Szentmiklosy*, Spit. Central.

Bolnava S. A. în vârstă de 36 ani, s'a prezentat în serviciul nostru, având tot cortegiul simptomatic al unei sciatice.

Am recurs imediat la un tratament destul de energic: Pe lângă aplicarea intravenoasă a unei combinaţiuni de hexametilentetranină, salicilat de sodiu şi natriu iodat, am mai făcut şi şedinţe diatermice. Bolnava, după câteva zile de tratament, a prezentat ameliorări uşoare, care însă s'au dovedit a fi numai trecătoare. De fapt — cu toate că dând toată atenţia şi păşind mai departe pe calea inaugurată — n'am putut opri cu acest mod de tratament durerile cari deveneau cu totul insuportabile. Am adăugat în plus injecţiile tot a treia zi cu doze crescânde de lapte, fără să obţinem însă ameliorări mai remarcabile. Neobţinând rezultate satisfăcătoare în timp de mai bine de 2 săptămâni, am recurs la tratamentul cu Neuro-Yatren.

La iniţiativa D-lui medic primar Dr. Mircea Halita, am combinat acest tratament cu şedinţe de diatermie, care ne-a dat un rezultat nu numai îndestulator, ci într'adevăr surprinzător.

Am început tratamentul cu Neuro-Yatren, administrând prima dată 0,2 cmc. intramuscular după care bolnava neavând nici o reacţie ipertermică (decât una slabă dureroasă) intercalând o zi de repaus, am dat 0,5 cmc. de Neuro-Yatren. Bolnava prezenta numai o uşoară ridicare a temperaturii. Am repetat aceiaş doză încă de 5 ori pentru a administra apoi 1,0 cmc. după care reacţia termică era ceva mai pronunţată.

După a cincea repetare a aceleiaşi doze — subliniind însă că în tot timpul tratamentului am făcut şi şedinţe diatermice — bolnava era în stare să părăsească spitalul.

In concluzie, Neuro-Yatrenul, aplicat intramuscular în doze crescânde, dela 0,2 cmc. până la 1,0 cmc. cu intercalarea de câte două zile de repaos şi combinat cu tratament de diatermie, s'a dovedit a fi un mijloc foarte eficace în tratamentul sciaticii, acest mod de tratament fiind capabil să dea nu numai atenuarea, dar şi dispariţia durerilor, vindecând şi cazurile cele mai rebele de sciatică.

R. Fetscher, Dresden: **„Betaxin în nevrite şi nevralgii".** Fortschr. 1936, H. 10, pag. 633.

Chiar în nevrite şi nevralgii grave Betaxin a dat rezultate favorabile într'un timp relativ scurt. Pentru a obţine un rezultat sigur s'a aplicat Betaxin în mod exclusiv. Toleranţa faţă de injecţiunile cu Betaxin era bună. Doi pacienţi au simţit imediat după injecţii o usturime uşoară, în afară de o accentuare pasageră a du-

rerilor lipsea orice reacţiune. Autorul se referă la următorii 7 pacienţi.

1. Un bărbat în vârstă de 54 ani cu sciatică, primi în 3 zile consecutive câte 1 fiolă Betaxin intrafesier, apoi la 2 zile o injecţie, în total 9 fiole. Chiar după a 3-a injecţie durerea dispăru, iar după a 6-a mişcările erau libere.

2. O sciatică mai uşoară la o femee de 32 ani a decurs în mod asemănător. Durerea dispăru după a 2-a injecţie, după a 6-a injecţie vindecare.

3. Nevrită profesională a unui violonist cu dureri în degetul mic şi inelarul stâng, parestezii. După prima injecţie durerile au dispărut. După a 2-a injecţie au dispărut şi furnicăturile. După totalul de 18 fiole Betaxin, revine capacitatea şi rezistenţa obişnuită.

4. La o pianistă în vârstă de 28 ani, o nevrită a feţei de flexiune a antebraţului a fost mai rebelă. 2—3 ore după injecţie o accentuare trecătoare a durerilor timp de câteva ore. Ameliorare netă după 9 injecţii. Vindecare completă după a 15-a injecţie.

5. După 3 injecţii dispare rapid o nevrită a nervului cubital drept, ivită la un muzicant în urma unei oboseli.

6. La o femee de 71 ani, după un acces de apoplexie cu paralizare dreaptă au apărut dureri neuralgice ale piciorului şi a mânei, din ce în ce mai accentuate. După 3 fiole Betaxin, durerile au dispărut. După a 12-a injecţiune, paraliziile ce existau de 10 luni, au început să regreseze. După 15 fiole bolnava putea face singură câţiva paşi.

7. Nevrită acută aproape a tuturor nervilor la o pacientă de 34 ani (concomitent cu insuficienţa ovariană, hipertiroidism). După 3 injecţiuni survine şi aci o ameliorare vădită, după a 10-a injecţiune durerea dispăru complet.

I. Böhn: Clinica Neurologică Halle a. S. **„Rezultate cu Betaxin în bolile nervoase".** Psychiatr. neurol. Wschr. 1936, Nr. 34, pag. 418.

Degenerescenţa fasciculară în mielită funiculară consecutivă anemiei pernicioase se atribue astăzi lipsei de vitamină B_1. Böhm a avut ocazia de a experimenta Vitamina B_1 (Betaxin) la 2 bolnavi. La amândoi, cu tot tratamentul cu ficat şi extract de ficat, în parte şi cu Campolon, nu a obţinut niei o ameliorare sensibilă a simptomelor neurologice; numai 8 resp. 12 injecţiuni cu Betaxin determină o ameliorare progresivă a tabloului nervos, mersul devine sigur, tulburările de sensibilitate regresează. La fel de favorabile au fost rezultatele în 3 cazuri de neuralgii ale trigemenului. Chiar după a 4-a injecţiune intervine la o femeie ameliorarea; în schimb la o altă femeie durerea a rămas încă nemodificată după 10 injecţiuni, iar ameliorarea durerilor începu abia la a 20-a injecţiune pe când durerea dispăru în mod complect abia după 30 injecţiuni cu Betaxin. In neuralgiile cronice se pare că e necesar un tratament de Betaxină mai îndelungat. Din păcate unii pacienţi cu neuralgii violente ale trigemenului au renunţat prea timpuriu la tratament, când rezultatul dorit nu se instală destul de rapid. Deasemenea s'a administrat Betaxin la doi bolnavi de nefrită optică resp. atrofie optică, tabetică sau consecutivă paraliziei progresive. S'a aplicat acestor pacienţi o cură de malarie cu scopul de a influenţa afecţiunea principală, iar în mod profilactic s'a dat zilnic o fiolă de Betaxin în timpul febrei, cu rezultatul că turburările vizuale subiective n'au mai progresat, iar imaginea fundului de ochi nu s'a agravat, ci din contră s'a observat în două cazuri un regres al fenomenelor nefritice (scăderea edemului papilar) şi ameliorarea acuităţii vizuale. La scleroza în plăci nu s'au obţinut rezultate concludente. In mod izolat s'au putut influenţa în bine şi unele boli nervoase mai rare (paralizia Landry?, compresiunea medulară prin neofibrome multiple). La femeia cu neofibrome; 26 injecţiuni cu Betaxin au determinat o ameliorare surprinzătoare

Fenomenele spastice ale membrelor inferioare regresează, femeia, la început paralizată poate merge foarte bine fiind susținută, merge chiar singură dacă are de ce se sprijini cu o mână. Mâna dreaptă care la primire era în contractură complectă poate fi extinsă cu excepția degetului indicator și mediu, toate degetele sunt mobile în mod activ, iar forța mâinii a crescut.

La o femeie de 35 ani, debilitatea postdifterică, tratată fără succes timp de mai multe luni cu băi de cetină și raze Sollux, a putut fi înlăturată prin 12 injecții de Betaxin. De asemenea, la un pacient de 55 ani cu artrită diformată a vertebrelor lombare și cu nevralgie radiculară corespunzătoare s'a putut obține o atenuare a durerilor prin injecțiuni cu Betaxin.

Dr. I. Matinca.

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piața Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse.

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

COMPACTĂM cu prețuri convenabile: Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

† Dr. Mircea Albini.

După o îndelungată şi grea suferinţă, a încetat din viaţă, în ziua de 22 Iulie 1937 doctorul Mircea Albini, medic primar director al spitalului din Sebeş-Alba.

Descendent dintr'o veche familie de luptători naţionalişti, fiu al publicistului Septimiu Albini, el s'a născut în Bucureşti în Ianuarie 1896 unde şi-a făcut atât studiile primare şi secundare, cât şi cele universitare.

A fost unul dintre cei mai distinşi elevi ai Facultăţii de medicină din Bucureşti din seria sa, dând concursuri strălucite ca extern şi intern al Eforiei spitalelor, iar în decursul războiului pentru întregirea Neamului Doctorul Mircea Albini a făcut serviciu în cele mai expuse posturi pe front şi în combaterea epidemiilor. Pentru ţinuta sa demnă şi curagioasă în timp de război, a fost decorat cu Crucea „Regina Maria" cu spade.

După războiu, în 1921, a fost ales ca preşedinte al societăţii studenţilor în medicină din Bucureşti şi a fost numit în funcţia de asistent al Facultăţii de medicină. In 1922 şi-a început activitatea ca medic secundar la spitalul din Sebeş-Alba, iar în 1927 a fost numit medic primar — director al aceluiaşi spital.

Sub conducerea Doctorului Albini, Spitalul din Sebeş-Alba a luat un avânt deosebit, afirmându-se ca un important centru chirurgical şi ca un model de administraţie şi gospodărie spitalicească.

Doctorul Mircea Albini a fost un chirurg eminent, un director de spital priceput şi corect, un medic altruist şi un suflet de elită.

El moare în vârstă de abia 41 ani, lăsând în urma sa regretele unanime ale celor ce l-au cunoscut, l-au apreciat şi l-au iubit.

Dumnezeu să-l odihnească în pace.

† Dr. Emanuel Ilcuşiu.

In ziua de 8 Octomvrie 1937, a decedat în Sibiu, după lungi şi grele suferinţe, în vârstă de abia 40 ani, Doctorul Emanuel Ilcuşiu, fost medic de circumscripţie şi medic la C. F. R.

Prin moartea lui dispare una dintre figurile reprezentative ale Corpului Medical Sibian de după războiu, care prin activitatea sa destoinică, însufleţită şi altruistă a contribuit într'o largă măsură la crearea bunului renume de care se bucură aceasta corporaţiune.

Ca medic sanitar Doctorul Ilcuşiu s'a distins prin altruismul şi devotamentul său faţă de cei suferinzi; ca medic la căile ferate s'a remarcat ca un funcţionar destoinic şi conştiincios, iar ca specialist în oto-rino-laringologie şi-a câştigat o bună reputaţie prin temeinicia cunoştinţelor sale şi prin interesul deosebit pe care l-a arătat întotdeauna pacienţilor săi.

Pe teren cultural a activat mulţi ani ca preşedinte al Despărţământului de plasă al Astrei din Nocrich, desfăşurând o activitate dintre cele mai rodnice prin conferinţe şi şezători culturale şi prin o vie propagandă sanitară la sate.

In sânul Asociaţiei Generale a medicilor s'a distins ca un element disciplinat şi coleg eminent, participând activ la anchetele medico-sociale şi şcolare din mediul rural, organizate de aceasta corporaţiune medicală.

Corpul medical din Sibiu pierde pe un membru distins şi devotat, iar Revista „Sibiul Medical“ pe unul din fondatorii şi susţinătorii săi.

Dumnezeu să-l odihnească în pace! **Is.**

† Dr. Ilie Ianeu.

La 10 Octomvrie 1937, a încetat din viaţă în vârstă de 65 ani, Doctorul Ilie Ianeu, fost medic primar al Institutului Obstetric şi Ginecologic din Sibiu şi fost multă vreme medic al circumscripţiei sanitare Tălmaciu din judeţul Sibiu.

Prin moartea Doctorului Ilie Ianeu dispare încă una din figurile frumoase ale generaţiei de medici români care s'au format şi au activat înainte de Unire, impunându-se în timpuri grele ca un medic distins, practician eminent şi reputat profesor pentru şcolile de moaşe.

In aceasta din urmă calitate, el a contribuit decenii de-a-rândul la formarea seriilor de moaşe române din această parte a ţării, fiind pe acele timpuri singurul medic care preda în limba română arta moşitului la Institutul Obstetric din Sibiu, unde el îndeplinea funcţiunea de medic primar.

Doctorul Ilie Ianeu era tipul medicului conştiincios şi punctual până la pedanterie; omul dornic mereu de a se instrui şi a instrui şi pe alţii şi astfel era unul dintre cei mai sârguincioşi participanţi a Congreselor Naţionale şi Internaţionale din specialitatea sa.

Sub figura lui blândă şi modestă se ascundea un suflet de adevărat român şi distins umanitarist, — un coleg desăvârşit şi un medic în cel mai nobil înţeles al cuvântului.

Sibiul pierde prin moartea sa pe una din figurile sale reprezentative, iar corpul medical pe unul dintre cei mai vechi şi mai devotaţi membrii ai săi.

Fie-i memoria bine cuvântată!

is.

*Sibiul, centru de capitală însemnătate sanitară în Ardeal, va avea cu data de 1 Noemvrie a. c., o societate de primă asistenţă medicală: „**Salvarea**".*

Bazele ei au fost puse din anul trecut, când a fost ales şi comitetul de conducere.

*Părintele şi iniţiatorul acestei societăţi este **dl Insp. General Sanitar Dr. I. Stoichiţia**, neobositul luptător pentru ridicarea nivelului sanitar din Sudul Ardealului.*

*Ne permitem a ne face aci o frumoasă datorie, aducând sincerile noastre mulţumiri Domnului **Prefect Dr. N. Regman**, care cu un spirit larg şi binevoitor a înţeles ca fără precupeţire să dea tot sprijinul şi ajutorul pentru înfiinţarea şi desvoltarea acestei instituţii.*

*Nu ne îndoim că această societate de prim ajutor, va lua o însemnată desvoltare. — Dovada cea mai eclatantă este că la preşedenţia „**Salvării**" stă emeritul chirurg, **dl Docent Dr. Filipescu**, directorul Spitalului public din localitate. — Bunul renume la care a revenit Spitalul de când Domnia Sa este la conducerea lui, munca şi zelul care le depune pentru ridicarea demnităţii medicale române — aci în Sibiu, este o dovadă în plus că „**Salvarea**" noastră, va ajunge, acolo unde trebue să fie în adevăr ţinta şi rolul ei.*

Greutăţile timpului nu au împiedecat cu nimic înfăptuirea acestui deziderat cerut de Sibiu, oraş cu o populaţie numeroasă. Suntem de bună credinţă, crezând că publicul Sibian va înţelege sacrificile depuse şi va sprijini la rândul său această societate, a cărei menire este atât de nobilă şi umană.

*Deocamdată „**Salvarea**", dispune de o singură auto-ambulanţă donată de Ministerul Sănătăţii publice, rămânând ca în cel mai apropiat timp să-şi procure din propriile fonduri o nouă camionetă. Atunci sigur, va fi mai uşor şi ajutorul cerut din orice depărtare, se va face mai rapid şi prompt. O maşină va servi pentru transportul bolnavilor contagioşi iar alta pentru accidentaţi. Vor putea astfel să se bucure de ajutorul medical şi bolnavii cei mai depărtaţi, pentru cari un ceas de întârziere îi poate costa viaţa.*

Lucru uman şi frumos a da cuiva o mână de ajutor, o vorbă de încurajare sau un sfat bun, într'o clipă de grea încercare fizică şi psihică.

*Şi tocmai aceasta este nobila menire a „**Salvării**", căreia îi dorim acum la început un drum încununat de succese în activitatea ce şi-o inaugurează, pentru alinarea celor suferinzi.*

In zilele de 23—24 Octomvrie a. c., s'a ţinut la Bucureşti sub preşedenţia dlui Agr. Dr. Dem. Paulian, Congresul Asociaţiei medicilor de spitale şi dispensare.

Congresul s'a deschis Sâmbătă, 23 Octomvrie, orele 10, prin cuvântarea dlui Agregat Dr. Dem. Paulian. Domnia Sa printr'o frumoasă cuvântare mulţumeşte şi salută pe medicii de spitale prezenţi la congres, precum şi pe dl Secretar general Prof. Dr. T. Gane, reprezentantul dlui Ministru al Sănătăţii. Arată apoi în linii generale dezideratele corpului medical spitalicesc.

Vorbeşte apoi dl Secretar General Prof. Dr. T. Gane, care face o amplă dare de seamă despre realizările şi înfăptuirile Ministerului Sănătăţii în frunte cu dl Ministru Costinescu în timp de 4 ani, cari au provocat sentimente de unanimă recunoştinţă.

Dl Prof. Dr. P. Tomescu prin cuvinte frumoase relevă programul realizat de Ministerul Sănătăţii actual, scoţând în evidenţă realizările necesare pentru viitor.

Trecându-se la ordinea de zi, dl Preşed. Dr. Paulian, susţine raportul asupra: „Recrutarea personalului medical şi modificarea legii sanitare".

In şedinţa de după masă dl Docent Dr. M. Cănciulescu insistă asupra taxelor în spitale, iar dl Dr. S. Vuia se ocupă de Onorariile medicale şi taxele de îngrijire în spitale. Dl Dr. Cornel Radu face propuneri pentru intensificarea activităţii ştiinţifice a spitalelor.

In ziua II-a a congresului dl Maior Stătescu aduce salutul „Strajei Ţării".

Urmează raportul dlui Doc. Dr. Liviu Câmpeanu despre: „Noile orientări în organizarea spitalelor şi Straja Ţării". D-sa spune că noua organizare a vieţii spitaliceşti să fie puternic influenţată de noile curente şi necesităţi. Aceasta mai ales la noi, fiindcă avem cea mai mare mortalitate dintre ţările europene. Toată energia poporului este necesară pentru a putea face faţă vremurilor cari le trăim. Toate acestea se pot ajunge printr'un program încadrat în activitatea „Strajei Ţării".

In continuare dl Docent Dr. Ştefan Popescu dă citire raportului Dsale despre: „Organizarea spitalelor şi aprovizionarea lor". Dsa cere:

1. Centralizarea tuturor spitalelor dela toate ministerele sub o singură lege şi sub directa conducere a Ministerului Sănătăţii;

2. Amenajarea şi înzestrarea actualelor spitale;

3. Aprovizionarea lunară prin inspectorat cu tot ce este necesar şi să dispară intervenţiile politice lăsând tot prestigiul şi întreaga răspundere medicilor primari;

4. Dublarea spitalelor mixte cu serviciu de chirurgie şi medicină internă, în fruntea cărora să fie un medic specialist ajutat de un medic secundar prin concurs;

5. Infiinţarea de centre mari spitaliceşti, cu servicii de toate specialităţile în localităţile de pe traseuri principale, ca să fie uşor accesibile;

6. Ministerul Sănătăţii să fie aprovizionat cu material şi medicamente stabilite de o comisie de medici primari;

7. Crearea de posturi de medici secundari şi interni pe lângă toate serviciile spitaliceşti precum şi posturi de externi în centrele universitare. Toate aceste posturi să fie ocupate prin concurs;

8. Propune apoi înfiinţarea de posturi de oficianţi sanitari şi câte un om de serviciu pentru 10 paturi. Dsa arată şi salarizarea acestor oficianţi sanitari, infermiere şi oameni de serviciu.

După alte câteva discuţii dl Docent Dr. Voina desvoltă subiectul raportului Dsale, vorbind despre: „Programul activităţii viitoare a Asociaţiei". Dsa spune că medicina viitoare va trebui să se ocupe tot mai adânc cu perfecţionarea omului de mâine. Pentru ajungerea acestui scop, medicul curativ va trebui să colaboreze cu ceilalţi educatori ai poporului, educând cetăţeanul din cea mai fragedă vârstă, educaţie, care trebue făcută în armonie şi concordanţă cu noile organizări sociale. Acest organism îşi are cea mai perfectă expresiune în programul „Strajei Ţării".

Urmează apoi discuţiuni asupra rapoartelor şi chestiuni administrative.

Congresul se închide prin citirea unei telegrame trimisă M. Sale Regelui.

Congresul naţional de urologie. *In zilele de 14, 15 şi 16 Noemvrie 1937, va avea loc în Bucureşti al VI-lea Congres naţional de urologie, la Facultatea de medicină, cu următorul program:*

Duminecă 14 Noemvrie.

Orele 15.30 Deschiderea Congresului.

a) *Discursul dlui prof. N. Hortolomei, preşedintele congresului;*

b) *Discursul dlui agregat Gh. Marinescu, preşedintele Societăţii de urologie;*

c) *Darea de seamă a dlui docent M. Popescu Buzeu, secretar general.*

Orele 16.00 Şedinţă de lucrări.

I. — Chestiune la ordinea de zi:

Dinamismul căilor urinare inferioare.

Raportori: prof. Hortolomei, Gh. Cojan, Th. Burghele şi M. Streja.

Coraport: Vezica urinară la femee. Mircea K. Constantinescu.

Discuţiune şi comunicări.

Luni 15 Noemvrie.

Orele 9—12. Şedinţe operatorii, demonstraţii radiologice, cistoscopice etc.

Orele 15.30. II. — Chestiunea la ordinea de zi:

Raport: Litiaza urinară şi repartizarea ei geografică în România.

Raportori: prof. Ţeposu, Danicico şi Bruda.

Discuţiune şi comunicări.

Marți 16 Noemvrie.

Orele 9—12. Ședințe operatorii, demonstrații radiologice, cistoscopice etc.

Orele 15.30. Ședință științifică. Comunicări.

Orele 17.30. Ședința de închidere.

O expoziție de medicamente și instrumente va fi organizată, tot în localul Facultății de medicină. Taxa de membru al Congresului 300 Lei.

Informațiuni și înscrieri la Secretariatul General: Docent M. Popescu Buzeu, str. Puțu cu Plopi 14. Telefon 3.16-30.

Congresul Medicilor din Partidul Național-Țărănesc *In zilele de 16 și 17 Octomvrie s'a ținut la Brașov Congresul medicilor din Partidul Național-Țărănesc sub președenția d-lui Prof.* Dr. Mezincescu.

Congresul a desbătut și a luat hotărâri asupra următoarelor rapoarte:

Organizarea generală sanitară a țării: Referent Prof. Dr. Mezincescu—București.

Organizarea serviciilor sanitare rurale: Referenți agregat Dr. Zolog—Cluj și Dr. Perhaița—Dej.

Organizarea serviciilor sanitare urbane: Referenți Dr. Sturza—Sibiu, Dr. Răsmeriță—București și Dr. Vlad—Cluj.

Organizarea medicală în Asigurările Sociale: Referent Prof. Dr. Kernbach—Cluj.

Organizarea asistenței spitalicești: Referent Dr. Mircea Botez—Ploești.

Igiena mintală și asistența alienaților: Referent Prof. Dr. Parhon—București.

Problemele demografice și politica demografică: Referent Dr. Râmneamțu—Cluj.

Ocrotirea mamei: Referenți Dr. Comorovschi—București și Dr. F. Popovici—Cluj.

Ocrotirea copilului: Referent Prof. Dr. Gh. Popovici—Cluj.

Organizarea serviciilor de asistență publică: Raferent Dr. Gh. Naum—București.

Combaterea tuberculozei: Referent Dr. Râmneamțu—Cluj.

Combaterea bolilor venerice: Referent agregat Dr. Banciu—București.

Recrutarea, salarizarea și norme generale pentru funcțiile medicale: Referent Prof. Dr. Mezincescu—București.

Problemele profesionale medicale: Referent Prof. Dr. Kernbach—Cluj.

Considerațiuni asupra alimentării lucrătorilor urbani: Referent Dr. Anton Ionescu—București.

Personalul sanitar auxiliar: Referent Dr. Căliman—Brașov.

Din discuțiile congresului au rezultat următoarele concluziuni:

Se impune o descentralizare în administrația sanitară pe județe, municipii și instituții sanitare. Instituțiile de asistență medicală se vor bucura

de autonomie şi de bugete proprii, şeful instituţiunei având toate drepturile, dar şi întreaga răspundere a conducerii şi gestiunei. Ministerul Sănătăţii ca organ central de conducere va fi transformat într'un Minister tehnic având ca preocupare principală organizarea medicinei preventive.

Pentru mediul rural se acceptă următoarele puncte de vedere: Se menţine medicul de circumscripţie rurală cu atribuţiuni mai mult de ordin curativ; Se vor înfiinţa plăşi sanitare în frunte cu câte un medic igienist tip „fulhime"; extinderea pe o scară cât mai largă a instituţiei surorilor de ocrotire; transformarea agentului sanitar în conductor tehnic sanitar; moaşe comunale diplomate pentru fiecare comună rurală; case de ocrotire ca instituţii de bază pentru activitatea preventivă. Pentru localităţile şi regiunile cu o stare economică bună se prevede medicul particular cu contract de reşedinţă, medicul comunal sau cooperativa sanitară, chemate să asigure asistenţa medicală elementară a populaţiunei.

Pentru mediul urban se prevede repartizarea serviciului medical pe specialităţi şi introducerea unei activităţi preventive prin oficiile de ocrotire. Spitale Centrale judeţene autonome şi dispunând de tot utilajul modern necesar.

Congresul a ales din sânul său mai multe comisiuni pentru elaborarea în detalii a programului de activitate.

Medici sanitari reuşiţi la examen. *Următorii medici au reuşit la examenul de medici sanitari şi urmează să fie prezenţi în ziua de 9 Noemvrie a. c., ora 4 p. m., pentru alegerea locurilor:*

Lăzărescu C. Victor, Lucescu Alexandra, Timofte Valentina, Anastasiu Tiberiu, Ştefănescu Manole, Olănescu Nelepcu Aurelia, Apostol Stelian, Tătaru Vasile, Paraschiv I. M., Păunescu Cornelia, Spânu Valeria, Tomaziu Clemenţa, Rusu Nichita, Preutescu Gabriela, Popescu N. Gheorghe, Brener Blima, Mureşanu Augustin, Lupescu Eugenia, Hauser Ştefania Maria, Rădulescu C. Gheorghe, Stoica Gheorghe, Matei Dumitru, Aldea Viorica, Podeanu Gheorghe, Ştefănescu Grigore, Lăzărescu Sava, Mircea Constantin, Popovici Dăscălescu Elisabeta, Iaklovschi Dionisie Anton, Nuţu Traian, Ionescu Matache, Vlădescu Eugenia, Găină Friptu Ludmila, Manoliu H., Pop Emil, Proncenco Ioan, Ştefănescu D. Elena, Dulipovici Iosif, Nicolescu Zoe, Protogheropol Curcumeli Marg., Păunescu Maxim, Grumăzescu Mircea, Petrescu Ştefan, Ionescu Alexandru Virgil, Volentir Iuliu, Tulbure Aurel, Onciu I. Iosef, Cameniţă V., Parascopol Parascu Mihail, Stanciu Ioan, Forţu Nicolae, Blaşiu Aurel, Florescu F. Constantin, Rişcuţia Anton, Albaiu Coriolan, Vasiliu Flor, Tatu Ioan, Vasiliver Mihail, Mărgescu Nicolae, Mânecuţă Gheorghe, Salak Gheorghe, Dumitrescu Constantin, Petrescu A. Gheorghe, Marcus Ana, Teodorescu Panait, Găină G. Donic, Chiru Gheorghe,

Sandru Gheorghe, Rarinca Dan, Rosenfeld Iosef, Popescu Ulmu Gheorghe, Dumitrescu Eugenia, Bota Emil, Pătrăşcanu Cornelia, Vărzaru Traian, Dumitrescu Alexandru, Priboianu D., Ştefănescu Eugen, Olteanu Minerva, Pop Virgil, Nijibitchi Poleanschi Olga, Froda Corneliu, Meci Leopold, Dordic Pavel, Alexiu P. Gheorghe, Cârjoescu C. N., Lobonţ Nicolae, Predescu Dumitru, Stamatescu Moşteanu Natalia, Tudoran Maria, Palaghiţa St., Popescu Margareta, Cardaşev Valentina, Vârnav Alexandrina, Lichiardopol Virginia, Pop Liciniu, Sândeanu Ioan, Ştefănescu Vintilă, Ionescu C.-tin, Vaida Ştefan, Marcovici Moritz, Győrfi Stoian Maria, Roitman Lea, Cahane David, Costea E. Vasile, Curcumeli Iuniu, Barbu Lucian, Cazana Dimitrie, Teodoru Emilian, Ozun Ecatern, Nicolau M. C., Bonciu R. Grigore, Iosif Simion, Plosca Leontin, Belinschi Alexei, Pop Cornel, Zaharescu C. Petre, Stoicescu Virgil, Temo I. Naim, Diaconescu Elisabeta, Lupu A., Herman Ida, Goldenstein, Curcă N., Huhulea D., Corneleac V. Eugen, Floca Virgil, Ionescu Gh. Gheorghe, Ionescu Maria, Zimet Iacob, Gheorghianov Nina, Belţer Pesia, Davidson Lew, Anastasiu Cernescu Eufrosina, Feldman N., Ivaşco Bogdan, Cristea Vasile, Gleizer Ruhel, Berenhardt Alex., Veselowschi Iosif, Sambrischi Constantin, Veisfeld Peisak Iankel, Sverdelov Alex., Sârbu Gh. I., Veiss Iosef, Winkler Isidor, Gripa Vera, Lemlehis Iosif, Babii Dumitru, Kustoş Gavril, Şerbu Nicolae, Jemna George, Fuchelman Leib, Fodor Andrei, Vlad Ştefan, Maximilian Solomon, Ţurcanu Vasile, Minculescu Marinescu Rozalia.

O nouă distincţiune franceză pentru dl Profesor Dr. Gh. Marinescu. *In ziua de 2 Septemvrie, dl Thierry, ministrul Franţei la Bucureşti, a oferit un dejun în cinstea delegaţiunei franceze care a participat la Congresul internaţional de antropologie şi arheologie preistorică.*

Cu acest prilej, dl ministru al Franţei, a făcut cunoscut ilustrului savant român, d. prof. Gh. Marinescu, care participa la acest dejun, că guvernul francez i-a decernat Legiunea de onoare în gradul de mare ofiţer, pentru strălucita sa activitate ştiinţifică.

Al II-lea Congres Naţional de boale contagioase *sub Inaltul Patronaj al Maiestăţii Sale Regelui Carol al II-lea fixat pentru zilele de 24, 25 şi 26 Octomvrie 1937, se amână pentru zilele de 29, 30 şi 31 Octomvrie 1937, pentru a putea lua parte la aceasta dată Domnul Ministru al Sănătăţii şi alţi Membrii ai Guvernului.*

ORDINEA DE ZI:

Ziua I-a 29 Octomvrie.

Ora 9½. Parastas pentru pomenirea medicilor căzuţi în combaterea boalelor contagioase, la Catedrala oraşului.

Ora 10½. Deschiderea congresului.

Ora 11½. O conferință asupra Polyomelitei ținută de Dl Prof. Dr. C. Ionescu-Mihăești, București.

Ora 12½. Ședința Comitetului Congresului.

Ora 4 p. m. Dizenteria și enteritele dizenteriforme: Epidemiologia, profilaxia și tratament.

Raportori:

1. Prof. Dr. I. Bălteanu, Facultatea de Medicină Iași;

2. Dr. I. Alexa, conferențiar Facultatea de Medicină Iași.

Etiologie.

Raportori:

1. Dr. Calalb, șef de secție Institutul „Prof. Dr. I. Cantacuzino", București.

2. Dr. Titus Turcu, șef de lucrări, Cluj.

Ora 5½. Discuțiuni și comunicări în legătură cu rapoartele.

Ziua II-a 30 Octomvrie.

Ora 8—10 dim. Vizitarea spitalelor: Contagioși, Central, Muzeul provincial.

Ora 10 dim. Aprovizionarea cu apă și metode de purificare.

Raportori:

1. Agregat Dr. Zolog, Facultatea de Medicină Cluj.

2. Medic Colonel Dr. C.-tin Suhățeanu, Șef. Serv. Epid. Ministerul Armatei.

3. Medic Căpitan Dr. Tătăreanu, Institutul Igienă București.

Ora 11 dim. Discuțiuni și comunicări în legătură cu rapoartele.

Ora 3½ p. m. Scarlatină: Clinica, diagnostic și tratament, stadiul actual al vaccinațiunei.

Raportori:

1. Institutul de Igienă Iași.

Statistica și epidemiologie.

Raportori:

1. Dr. S. Manuilă, director Institutului de Statistică din Ministerul de Interne.

Etiologie:

Raportori:

1. Prof. Dr. John Gordon, Institutul Rockefeller, delegat în România.

Măsuri de combatere a scarlatinei.

Raportori:

1. Dr. Vlad, medic-șef Municipiu Cluj.

Ora 5½. Discuțiuni și comunicări în legătură cu rapoartele.

Ziua III-a 31 Octomvrie.

Ora 9 1/2 dim. Diferite comunicări în legătură cu boalele contagioase.

Ora 12. Inchiderea Congresului şi fixarea viitorului congres.

Seara la ora 1 plecarea în excursie la C.-Albă.

Programul detailat cu mesele şi recepţiile la care vor lua parte congresiştii, se va înmâna participanţilor de către Biuroul Congresului în ziua sosirei la Chişinău (Sala de şedinţă a Congresului).

Inscrierile se fac la Dl Dr. Gheorghe Muntean, spitalul de contagioşi Chişinău.

Taxa de participare 150 Lei de persoană. In schimbul acestei taxe de înscriere, congresiştii primesc un volum cu lucrările congresului şi participarea la festivităţi şi banchete.

Rugăm a anunţa din timp Secretariatului General al Congresului la spitalul de contagioşi din Chişinău, felul cum doriţi a fi găzduit (hotel, internat, pensiune familiară).

Reducerea pe C. F. R. de 50% se menţine pentru zilele de 27 Octomvrie—2 Noemvrie 1937.

Concediile acordate de Minister pentru medicii funcţionari participanţi la Congres se menţin pentru zilele de 26 Octomvrie—2 Noemvrie 1937.

Preşedintele Comitetului de organizare, Inspector General Sanitar Dr. N. SMADU.

Secretar General, Dr. GH. MUNTEANU.

***In ziua de 10 Mai 1937** s'a ţinut la Bucureşti, Institutul Surorilor de ocrotire Calea Victoriei 194, şedinţa de constituire a Asociaţiei Naţionale a Surorilor Diplomate din România. La această şedinţă au fost reprezentate toate şcolile de surori din ţară. Procesul verbal de constituire a fost semnat de 40 surori de ocrotire şi caritate. A fost aleasă preşedintă Doamna Z. Costreş, directoarea Şcoalei din Iaşi, vicepreşedinte D-na Perţia, directoarea Şcoalei din Cluj şi D-şoara Despina Cantacuzino din Bucureşti, secretară D-şoara Dr. Popa, directoarea Şcoalei din Bucureşti, casieră D-na M. Botez dela Centru de Sănătate din Bucureşti precum şi 4 membre din diferite regiuni şi şcoli.*

Statutele Asociaţiei Naţionale au fost aprobate de către Ministerul Sănătăţii şi Asociaţia recunoscută, din partea forurilor competente, de persoană juridică şi morală.

Scopul acestei Asociaţii este de a deştepta şi a cultiva sentimentul de solidaritate printre Surorile din România şi de a stimula interesul profesional; de a înălţa prestigiul profesiunii prin ridicarea nivelului învăţământului, al practicei şi moralei profesionale a surorilor; de a servi interesele educative, morale şi economice ale surorilor; de a contribui la progresul sănătăţii publice prin colaborare cu membrii profesiunilor cari activează în

acelaş domeniu; de a studia problemele privitoare la tehnica modernă pentru îngrijirea bolnavilor şi promovarea sănătăţii; de a informa publicul asupra scopului profesiunii şi de a ţine la curent pe membrele asociaţiei cu toate problemele şi activităţile din ţară şi străinătate, cari interesează profesiunea; de a da concursul la facerea a cât mai bune legi şi regulamente relative la profesiune şi de a stărui pentru aplicarea lor; de a face legătură cu Asociaţiile surorilor din alte ţări.

Informaţii asupra înscrierilor ca membre se pot lua dela sediul Asociaţiei Naţionale Bucureşti, Calea Victoriei 194, dela D-na Preşedintă Z. Costreş din Iaşi, str. I. G. Duca 28 şi dela D-şoara Manta, Sibiu, Insp. Gen. Sanitar.

Curs de informaţii pentru medicii militari. *La 1 Noemvrie va lua fiinţă cursul de informaţii pentru medici umani, care va funcţiona pe lângă şc. superioară de războiu, Bucureşti.*

Scopul acestui curs este de a pregăti un număr de ofiţeri medici umani, cari să poată îndeplini în timp de războiu funcţiunile de şefi de serviciu sanitar la marile unităţi: organe de direcţie ale serviciului sanitar în marile comandamente ale armatei.

La acest curs vor lua parte 43 ofiţeri umani, propuşi de Ministerul apărării naţionale, direcţia sanitară, împărţiţi în două serii, după cum urmează:

Seria I, dela 1 Noemvrie la 22 Decemvrie.

Medic-colonel Radian Gh., medic-colonel Anghel I., medic lt.-colonel Balaban Ath., medic lt.-colonel Popescu Nicolae, medic lt.-colonel Rădulescu V., medic lt.-colonel Capitanovici M., medic lt.-colonel Stănescu M., medic lt.-colonel Becherescu N., medic lt.-colonel Grigoriu N. Gh., medic lt.-colonel Niculescu V., medic lt.-colonel Petrescu Ilie, medic maior Popescu Virgil, medic maior Pavelescu N., medic maior Hoisescu I., medic maior Gilorteanu Ion, medic maior Ciofu Ştefan, medic maior Enăchescu Mihail, medic maior Tănăsescu D.-tru, medic maior Alexiu Leonida, medic maior Ilie D.-tru, medic lt.-colonel Sărdărescu I., medic maior Roşculeţ Valeriu, medic maior Foişoreanu V.

Seria II, dela 8 Ianuarie la 1 Martie.

Medic colonel Oprescu N., medic lt.-colonel Marinescu P., medic lt.-colonel Roman Dumitru, medic lt.-colonel Stoian I. N., medic lt.-colonel Zamfir D.-tru, medic lt.-colonel Teodorescu Manole, medic lt.-colonel Dobreanu Ion, medic maior Alexandrescu St., medic maior Dragu Ion, medic maior Cocu Vasile, medic maior Diaconescu M., medic maior Contescu N., medic maior Popescu Emil, medic maior Condeescu Gh., medic maior Bălan Ilie, medic maior Arghiriade C., medic maior Nichita Manole, medic maior Diaconescu N., medic maior Ştefănescu Ion, medic maior Dumitriu D.-tru.

Concurs pentru medici de spitale mixte la Ministerul Sănătăţei. *Monitorul Oficial No. 219 din 22 Septemvrie 1937, publică următoarele:*

In ziua de 15 Decemvrie 1937, orele 4 p. m., va începe în Bucureşti la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale din Calea Griviţei No. 64—66, concurs pentru medicii de spitale mixte.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs, toţi cei cari îndeplinesc condiţiunile generale dela art. 196 din legea sanitară şi de ocrotire şi condiţiunile speciale dela art. 10 din legea modificatoare a legii sanitare publicată în Monitorul Oficial No. 164 din 19 Iulie 1934 şi anume:

Condiţiuni generale:

a) *Să fie doctor în medicină cu dreptul de liberă practică în ţară;*

b) *Să fie cetăţean român;*

c) *Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;*

d) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcţionarilor Ministerului sau exclus temporar în momentul cererei, sau pus în retragere din oficiu, pentru vreunul din cazurile prevăzute în lege;*

e) *Să nu fie destituit din alte funcţiuni publice, sau căzut în vreuna din pedepsele cari după legile privitoare la funcţionarii publici, le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni;*

f) *Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării.*

Condiţiuni speciale:

1. Candidaţii vor avea un stagiu de 2 ani ca medic auxiliar, intern cu concurs, asistent sau preparator de clinică, sau un stagiu de 2 ani ca medic sanitar cu examenul de capacitate dat. In lipsa acestor stagii, vor putea fi admişi şi medici cu 5 ani practică medicală.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă scrisă cu subiect de medicină generală.

2. Două probe clinice asupra a doi bolnavi, unul cu boală infecţioasă epidemică, unul cu boală chirurgicală, sau o boală internă.

3. O probă de medicină operatorie pe cadavru.

Fiecare probă se apreciază cu nota 0—20.

Nota de admisibilitate este cel puţin 15.

Nota se hotărăşte cu majoritatea membrilor comisiunii.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale cererile lor însoţite de acte şi suma de 2000 Lei (două mii), cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Concurs pentru postul de medic primar al jud. Dâmbovița.

Vineri 10 Decemvrie 1937, va începe la București, Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale din Calea Griviței No. 64, concursul pentru ocuparea postului de medic primar al județului Dâmbovița.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs medicii sanitari definitivi cu 10 ani vechime.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă de titluri, lucrări și activitate în serviciu.

2. O probă de administrație și legislație sanitară.

3. O probă de medicină legală.

Candidații cari cer înscrierea pentru concurs vor trebui să înainteze Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale cererile lor însoțite de acte și suma de Lei 2000 (două mii) cu cel puțin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Concursuri de medici secundari de spitale. *Se aduce la cunoștința celor interesați că în luna Noemvrie 1937, vor începe concursurile pentru ocuparea posturilor de medici secundari în specialitățile: chirurgie și medicină internă, după cum urmează:*

Pentru chirurgie generală și specialitățile chirurgicale la 29 Noemvrie 1937, ora 9 a. m.

La București în localul Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale, Calea Griviței No. 64—66, pentru 16 locuri de medici secundari vacante la spitalele din județele cuprinse în Oltenia, Muntenia și Dobrogea.

La Cluj în localul Facultății de medicină, pentru 22 locuri de medici secundari vacante la spitalele din județele cuprinse în Transilvania și Banat.

La Iași în localul Epitropiei Sf. Spiridon, pentru 14 posturi de medici secundari vacante la spitalele din județele cuprinse în Moldova, Basarabia și Bucovina.

Pentru medicină internă, specialitățile de medicină internă, la 30 Noemvrie 1937, ora 9 a. m.

La București în localul Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale, Calea Griviței No. 64—66, pentru 14 locuri de medici secundari vacante la spitalele din județele cuprinse în Muntenia, Oltenia și Dobrogea.

La Cluj în localul Facultății de medicină pentru 28 de locuri de medici secundari vacante la spitalele din județele cuprinse în Transilvania și Banat.

La Iași în localul epitropiei Sf. Spiridon, pentru 21 locuri de medici secundari vacante la spitalele din județele cuprinse în Moldova, Basarabia și Bucovina.

Au drept să se prezinte la acest concurs medicii cari împlinesc condițiunile art. 7 și 8 din regulamentul pentru recrutarea medicilor secundari de spitale, publicate în Monitorul Oficial No. 49 din 27 Februarie 1935.

Condițiuni speciale:

1. Candidații vor dovedi că au o practică de doi ani ca medic.

Sunt scutiți de această condițiune preparatorii cu un an de funcțiune și asistenții clinicelor universitare, precum și foștii interni prin concurs, cu stagiul complet al Eforiei Spitalelor Civile, ai Așezămintelor Brâncovenești, ai Epitropiei Sf. Spiridon Iași, foștii interni cu concurs din spitalele pendinte de Ministerul Sănătății și foștii interni cu concurs ai asistenții publice din Franța.

Concursul constă din următoarele probe:

Pentru grupul chirurgiei și specialitățile chirurgiei:

1. O probă scrisă compusă din două chestiuni: una din anatomie topografică și alta din patologie chirurgicală, care se vor redacta în aceiași ședință.

2. Două probe clinice de chirurgie.

3. O probă de medicină operatorie.

Pentru grupul medicinei interne și specialitățile ei:

1. O probă scrisă, constând din două chestiuni: una de patologie medicală și una de fiziologie normală, care se vor redacta în aceiași ședință.

2. Două probe clinice de medicină internă.

3. O probă practică de laborator (după chestionar).

Fiecare probă se apreciază cu nota 0—20.

Nota de admisibilitate este cel puțin 15.

Nota se hotărăște cu majoritatea membrilor comisiunei.

Candidații cari cer înscrierea pentru concurs vor trebui să înainteze Ministerului Muncii Sănătății și Ocrotirilor Sociale, cererile lor însoțite de acte și suma de 1000 Lei, cu cel puțin 15 zile libere înainte de ziua fixată peutru începerea concursului.

Concursuri pentru medici la Ministerul sănătății. *Ministerul sănătății a publicat următoarele concursuri pentru ocuparea locurilor de medici vacante din instituțiunile sale medicale și spitalicești:*

Luni 1 Noemvrie, pentru specialitatea urologie;

Joi 4 Noemvrie, pentru oftalmologie;

Sâmbătă 6 Noemvrie, pediatrie și puericultură;

Vineri 12 Noemvrie, pentru specialitatea boli contagioase;

Miercuri 17 Noemvrie, specialitatea psichiatrie;

Marți 23 Noemvrie, pentru otho-rhino-laringologie;

Sâmbătă 27 Noemvrie, chirurgie generală;

Luni 29 Noemvrie, pentru medici secundari de chirurgie;

Marți 30 Noemvrie, pentru medici secundari de boli interne;

Miercuri 15 Decemvrie, pentru medici de spitale mixte.

Mişcare în corpul medical al Ministerului Sănătăţei. *S'a făcut următoarea mişcare în corpul tehnic sanitar superior din serviciile dependinte de Ministerul Sănătăţii.*

Dl Dr. N. Smadu, inspector general sanitar, definitiv, al inspectoratului sanitar Chişinău, se transferă inspector general sanitar central, pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. Ştefan Anastasiu se încadrează definitiv director cl. I, medic (balneolog), la direcţiunea balneo-climatică din minister.

Dl Dr. C. Gheorghiu, medic definitiv al oraşului Tulcea; dl Dr. N. Dumitru, medic definitiv de circ. urbană la Sibiu, şi dl Dr. Gh. Baludima, medic sanitar şi medic definitiv al spitalului Călineşti (Muscel), au fost mutaţi definitiv medici de circ. urbană la Bucureşti, primii doi pe ziua de 1 Ianuarie 1938, iar al treilea pe ziua de 1 Decemvrie 1937.

Dl Dr. Al. Flax, medic cu concurs în specialitate, e numit definitiv medic şef al laboratorului de pe lângă spitalul „Elisabeta Doamna", Caritatea Gălăţeană din Galaţi, pe ziua de 1 Noemvrie.

D-ra Dr. Nadejda Alexiev, medic stagiar al circ. Răstoace (Storojineţ), se transferă medic de circ. Chişinău, pe ziua de 15 Octomvrie.

Dl Dr. D. Comerzan, medic definitiv al spitalului şi circ. Şapte-Sate (Lăpuşna), se transferă la spitalul mixt Căuşani (Tighina), pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. I. Băluţa, medic definitiv al spitalului şi circ. Baia de Criş (Hunedoara), se transferă medic al spitalului mixt Drăgăşani, pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. Toma Mihalcea, fost medic sanitar definitiv, demisionat, e reprimit medic al spitalului cu circ. Cuza-Vodă (Ismail), pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. Stelian Apostol, medic definitiv al spitalului cu circ. Ciumuleşti (Baia), se transferă medic al spitalului cu circ. Vidra (Putna), pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. Ioan Păunescu, medic stagiar al circ. Tureatca (Dorohoi), se transferă medic al circ. Isvoru (Argeş), pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. P. Cojocaru, medic definitiv al circ. Năpădeni (Bălţi), se transferă medic al circ. Gârleni (Bacău), pe ziua de 1 Noemvrie.

D-ra Dr. R. Goldenberg, medic stagiar al circ. Ciuperceni-Noi (Dolj), se transferă medic al circ. Bolotina (Bălţi), pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. N. Gh. Varnali, medic cu concurs în specialitate, se reprimeşte definitiv ca medic primar de boli contagioase la spitalul „Elisabeta Doamna", Caritatea Gălăţeană, pe ziua de 1 Noemvrie.

D-ra Dr. Eugenia Petrovici, şef al secţiei sanitare şi de asistenţă socială din Institutul central de statistică, se transferă definitiv medic al circ. Cilibia (Buzău), pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. Ion Cincora, medic stagiar al circ. Rus (Someş), se transferă medic al circ. Bretca Română (Hunedoara), pe ziua de 1 Noemvrie.

D-na Dr. Ana Ţuchel Gaspar, medic definitiv al circ. Hagieşti-Mariuţa (Ilfov), se transferă medic al circ. Brăneşti (Ilfov), pe ziua de 1 Noemvrie.

D-na Dr. Mariam Batuşanscaia, medic definitiv al circ. Vădeni (Cetatea-Albă), se transferă medic al circ. Vlădiceni (Ismail) pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. I. Cobilanschi, medic stagiar al circ. Dumitreşti (Olt), se transferă medic al circ. Dobrotineţ din acelaş judeţ, pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. Z. V. Padu, medic definitiv a circ. Tifeşti (Putna), se transferă medic al circ. Păuneşti din acelaş judeţ, pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. Mircea I. Popescu, medic stagiar al circ. Şimnic (Dolj), se transferă medic al circ. Ştirbei (Romanaţi), pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. S. Cupceanu, medic stagiar al circ. Tătăruş (Baia), se transferă medic al circ. Margina (Rădăuţi), pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. Gh. Peltin, medic definitiv al circ. Bragadiru (Teleorman), se transferă medic al circ. Siliştea-Gumeşti din acelaşi judeţ, pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. Gh. Văcărescu, medic stagiar al circ. Şoimari (Prahova), se transferă medic al circ. Putinei (Vlaşca), pe ziua de 1 Noemvrie.

D-ra Dr. Alexandrina Gaiginski, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv medic-şef al laboratorului „C. A. Papadopol" din Buzău, pe ziua de 1 Noemvrie.

D-ra Dr. Maria Zagora, se reprimeşte ca medic al circ. Toru (Vlaşca), pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. Andrei Torok, medic definitiv al circ. Petriş (Arad), se transferă medic al circ. Beba-Veche (Timiş-Torontal), pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. I. Bulbuca, medic secundar prin concurs, la Institutul pentru studiul şi profilaxia cancerului din Cluj, se transferă medic secundar al secţiei chirurgicale, dela spitalul central Oradea, pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. I. Făcăoaru se numeşte definitiv asistent la Institutul de igienă şi sănătate publică din Cluj.

*

Următorii medici sanitari stagiari, pe bază de examen de capacitate, care au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă.

Dl Dr. Gh. Iamandi, la circ. Ciuculeşti (Lăpuşna).

Dl Dr. I. Guga, la circ. Traian (Bihor).

Dl Dr. Traian Raţiu, la circ. Câmpia Turzii (Turda).
Dl Dr. Eugen Nuţiu, la circ. Gorneşti (Mureş).
Dl Dr. N. Mohai, la circ. Sovata (Mureş).
D-na Dr. Ana Reslescu, la spit. şi circ. Hangu (Neamţ).
D-na Dr. Maria Urzică, la circ. General Averescu (Neamţ).
Dl Dr. Mihai Mârţu, la circ. Tupilaţi (Roman).
D-na Dr. Teo Gr. Iamandi, la circ. Ungheni (Iaşi).
Dl Dr. V. Corneleac, la circ. Strunga (Roman).
Dl Dr. C. Drăguş, la circ. Breaza (Prahova).
Dl Dr. Anton Popescu, la circ. Bordeni (Prahova).
Dl Dr. Toma Vasiliu, la circ. Veneţia de jos (Făgăraş).
Dl Dr. Emil Frâncu, medic-şef la ambulatorul policlinic Zlatna.
Dl Dr. Pulca, la circ. Rupea (Târnava-Mare).
Dl Dr. S. Mihălţian, la circ. Ciumbrud (Alba).
Dl Dr. Adrian Bretcan, la circ. Tazlău (Neamţ).

D-ra Dr. Georgeta Macri, medic cu concurs, în specialitate, se numeşte definitiv medic primar al secţiei de boale contagioase dela spitalul din Satu-Mare, pe ziua de 1 Noemvrie.

D-ra Dr. Eugenia Niculescu, medic cu concurs, în specialitate, se numeşte definitiv medic de laborator, la spitalul R.-Vâlcea, pe ziua de 1 Octomvrie.

Dl Dr. Ioan Rosetti se confirmă definitiv medic primar al secţiei de chirurgie a spitalului Bazargic, pentru care a optat, conform legii, în urma scindării spitalului.

D-na Dr. Maria Chelărescu, medic-şef definitiv de laborator la Institutul de igienă şi sănătate publică din Iaşi, se transferă definitiv medic-şef al laboratorului de pe lângă spitalul de boli mintale Socola, din Iaşi, pe ziua de 1 Noemvrie.

Dl Dr. C. Popovici, medic definitiv al circ. Comăneşti (Bacău), care la 1 Iulie 1938, împlineşte vârsta ca să fie pus în retragere din oficiu spre a-şi aranja drepturile la pensie pentru limita de vârstă, se menţine în serviciu încă doi ani dela data de mai sus.

Posturi vacante de medici. *In conformitate cu art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire, se aduce la cunoştinţa generală că sunt vacante următoarele posturi:*

Inspector general sanitar al Regiunii Chişinău.
Medic al oraşului Tulcea.
Medic de circ. urbană la Municipiul Sibiu.
Medic primar al secţiei de boale interne dela spitalul din Aiud.
Medic primar al secţiei de boale interne dela spitalul din Bazargic.

Medic primar al secției de chirurgie dela spitalul „Precista Mare" din Roman.

Șef de laborator la Institutul de igienă și sănătate publică din Iași.

Medic-șef al Leagănului de copii „Ana și Gh. Constantinescu" din Ploești, plătit de primăria municipiului, cu Lei 5650 lunar.

Medic de spital mixt al spitalului Alexandreni, jud. Cetatea-Albă.

Medic de spital mixt al spitalului Călinești, jud. Muscel.

Medic al spitalului și circ. Șapte-Sate, jud. Lăpușna.

Medic al spitalului și circ. Baia de Criș, jud. Hunedoara.

Medic al spitalului și circ. Ciumulești, jud. Baia.

Medic al circ. Petriș, jud. Arad.

Medic al circ. Năpădeni, jud. Bălți.

Medic al circ. Tătăruș, jud. Baia.

Medic al circ. Săgeata, jud. Buzău.

Medic al circ. Vădeni, jud. Cetatea-Albă.

Medic al circ. Răstoace, jud. Storojineț.

Medic al circ. Ciupercenii-Noui, jud. Dolj.

Medic al circ. Simnic, jud. Dolj.

Medic al circ. Tureatca, jud. Dorohoi.

Medic al circ. Larga, jud. Hotin (fostă circ. Cotiugeni).

Medic al circ. Hagiești-Măriuța, jud. Ilfov.

Medic al circ. Dumitrești, jud. Olt.

Medic al circ. Țifești, jud. Putna.

Medic al circ. Șoimari, jud. Prahova.

Medic al circ. Rus, jud. Someș.

Medic al circ. Drochia-Gară, jud. Soroca (fostă circ. Vișoca).

Medic al circ. Bragadiru, jud. Teleorman.

Medic al circ. Șuletea, jud. Tutova.

Medic al circ. Sibiu rural, jud. Sibiu.

Medic al circ. Fărău, jud. Alba.

Medic al spitalului și circ. Brabova, jud. Dolj.

Inspector general sanitar central.

Trei medici de circ. urbană la Municipiul București.

Medic de circ. urbană oraș Bacău.

Medic la Serviciul de desinfecție, băi și deparazitare la Serviciul sanitar al Capitalei.

Medic oraș Bolgrad, jud. Ismail.

Medic de circ. urbană la Municipiul Chișinău (4000 Lei lunar).

Medic primar jud. Dâmbovița.

Medic port T.-Severin.

Medic port Sulina.

Medic primar secția de chirurgie dela spit. Sebeș, jud. Alba.
Medic primar secția de chirurgie dela spit. Tg. Jiu.
Medic primar secția de boli interne dela spit. Aiud.
Medic primar secția de boli interne dela spit. Hotin.
Medic primar secția de boli interne dela spit. Beiuș.
Medic la spit. C. F. R. Nr. 2 de specialitatea boli interne București, grapa I-a, categ. IX, cl. III.
Medic la Ambulatorul policlinic Cluj, specialitatea nas, gât și urechi (5000 Lei lunar).
Medic primar spital T. B. C. Vorniceni, jud. Lăpușna.
Medic specialitatea T. B. C. la Ambulatorul policlinic județean Bolintin, jud. Ilfov.
Medic primar Sanatoriul T. B. B. Erbiceni, jud. Iași.
Medic la Dispensariul venerian și controlul prostituției București.
Medic de ambulator la plasa model Gilău, jud. Cluj.
Medic școlar la Serviciul sanitar al Municipiului Iași (4000 Lei lunar).
Medic spital mixt Căușani, jud. Tighina.
Medic spital mixt Rupea Cohalm, jud. Târnava-Mare.
Medic spital mixt Drăgășani, jud. Vâlcea.
Medic spital cu circ. Slatina Mălini, jud. Baia.
Medic spital cu circ. Cuza Vodă, jud. Ismail.
Medic spital cu circ. Silivilești, jud. Mehedinți.
Medic spital cu circ. Vidra, jud. Putna.
Medic spital cu circ. Bâra, jud. Roman.
Medic circ. Hâlmagiu, jud. Arad.
Medic circ. Izvorul, jud. Argeș.
Medic circ. Gârleni, jud. Bacău.
Medic circ. Batogu, jud. Brăila.
Medic circ. Bolotina, jud. Bălți.
Medic circ. Coseni, jud. Bălți.
Medic circ. Cilibia, jud. Buzău.
Medic circ. Tudora, jud. Botoșani.
Medic circ. Bălcești, jud. Cluj.
Medic circ. Sarai, jud. Constanța.
Medic circ. Negoiu, jud. Dolj.
Medic circ. Teliuc, jud. Hunedoara.
Medic circ. Bretca Română, jud. Hunedoara.
Medic circ. Greaca, jud. Ilfov.
Medic circ. Vlădiceni, jud, Ismail.
Medic circ. Deveselu, jud. Mehedinți.
Medic circ. Rudina, jud. Mehedinți.

Medic circ. Ghigoeşti, jud. Neamţ.
Medic circ. Bărăştii de Vede, jud. Olt.
Medic circ. Dobrotinet, jud. Olt.
Medic circ. Nera, jud. Putna.
Medic circ. Păuneşti, jud. Putna.
Medic circ. Jirlău, jud. R. Sărat.
Medic circ. Ştirbei, jud. Romanaţi.
Medic circ. Margina, jud. Rădăuţi.
Medic circ. Ludoş, jud. Sibiu.
Medic circ. Gladina Română, jud. Severin.
Medic circ. Rogoaza, jud. Tecuci.
Medic circ. Turcenii Vechi, jud. Tecuci.
Medic circ. Coroeşti, jud. Tutova.
Medic circ. Beba veche, jud. Timiş.
Medic circ. Dracea, jud. Teleorman.
Medic circ. Siliştea Guneşti, jud. Teleorman.
Medic circ. Putinei, jud. Vlaşca.
Medic şef al oraşului Râmnicul-Vâlcea.
Medic al circ. Diosig, jud. Bihor.
Medic al circ. Capul Codrului, jud. Câmpulung.
Medic al circ. Mierea Birnici, jud. Dolj.
Medic primar al Leprozeriei Tichileşti, jud. Tulcea, plătit cu 7100 Lei brutto lunar, plus o diurnă de 4000 Lei lunar.
Medic bacteriolog la serviciul sanitar al porturilor dela Gurile Dunării Sulina.

D-nii medici cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste locuri vor face cereri Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în termen de 30 zile dela înserarea prezentei publicaţiuni în Monitorul Oficial.

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

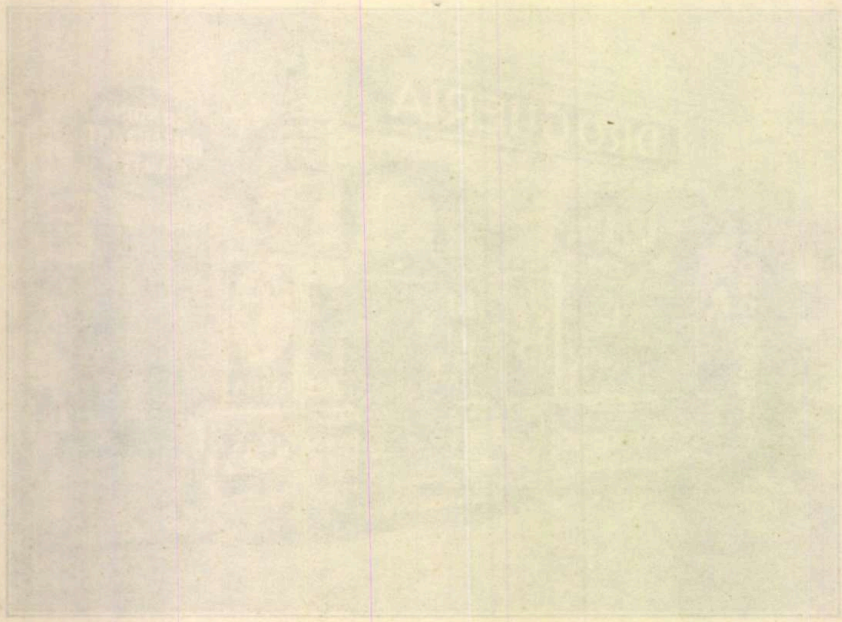
„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

DROGUERIA



DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

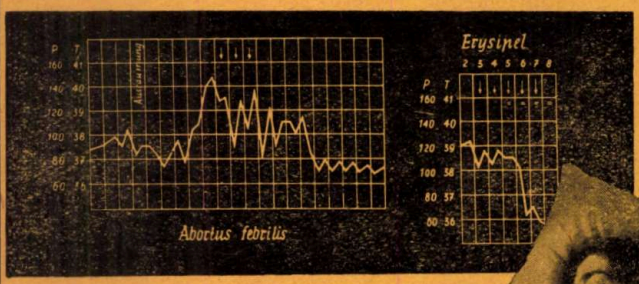
1 pagină odată	Lei 1000·—	3 ori Lei 2600·—	6 ori Lei 4500·—
1/2 „ „ „	600·—	3 „ „ 1500·—	6 „ „ 2600·—
1/4 „ „ „	400·—	3 „ „ 1000·—	6 „ „ 1600·—

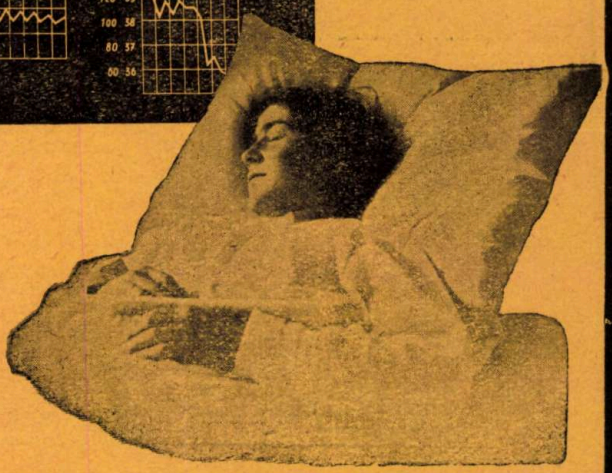
Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1937.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.





Literatura medicală ne relatează mereu despre acţiunea excelentă a noului chimioterapeutic

Prontosil

în toate infecţiunile strepto- şi stafilococice

Erisipel, angină, septicemie post partum, avort septic, artrite, cistite, pielite, precum şi în infecţiuni colibacilare.

Efect neîntrecut şi la administrare per os. Bine tolerat atât per os, cât şi intramuscular.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

AMBALAJE ORIGINALE:
Tub cu 20 tablete de 0,3 g.
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9285—3-9286.

B7a II 1937 complet

Anul IV. No. 11—12. 40 Lei exemplarul. Nov.—Dec. 1937.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie: Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I., Dr. Udvarnoky E.
Secretar de redacţie: Dr. Matinca I.

Comitetul de redacţie: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Creţu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman şi Doc. Dr. Câmpeanu, Braşov; Dr. Cornea, Făgăraş; Dr. Cahane şi Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighişoara; Dr. Giurca, Făgăraş; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ionaşiu, Dr. Manta, Dr. Mavru şi Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Mureşan, Mediaş; Dr. Nistor, Braşov; Dr. Onaca, Sighişoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roşca, Dr. Slavu şi Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ştefan, Braşov; Dr. Solomon, Sighişoara; Dr. Sireteanu, Mediaş; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Ursu, Dr. Vilt, Sibiu.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Dr. G. Preda: Câteva consideraţiuni asupra raportului dintre Simpatologie, Endocrinologie şi Neuro-Psihiatrie Pag. 331

Dr. Liviu Ursu: Tratamentul Erysipelului prin compuşi Azoici-Rhubiazol şi Prontosil „ 345

Dr. A. Mavru şi *Dr. Popescu Ştefan:* Consideraţiuni asupra diagnosticului clinic şi radiologic al osteosarcomului cu un caz clinic . . . . „ 349

Dr. Eugen Morariu: Modificările vitezei de sedimentare a hematiilor în reumatismele cronice sub acţiunea balneoterapiei . . . . . Pag. 354

Tiberiu Iacob: Sialolitiaza, in legătură cu un caz . . . „ 360

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Maternităţi rurale . . . . . Pag. 363

Dr. I. Cosma: Dispensarul comunal . . . . . „ 366

Revista revistelor . . . . „ 370

Note de terapeutică . . . „ 372

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu . . „ 376

Note şi informaţiuni . . . „ 378

† Dr. Victor Carol Irk . . . „ 387

Inhepton per os Merck

(= Optonicum)

pentru producere de sânge și promovarea sănătății

eficace mai ales prin conținutul de extract de ficat, fier și cupru

Ambalaj original cu ca 180 g.

E. MERCK - DARMSTADT

Repr.: **Dr. I. BINDER**
București II.
Str. Luigi Cazzavillan 34.

Anul IV. Nr. 11—12. 40 Lei exemplarul. Nov.—Dec. 1937

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

SIROP DE EPHETONINA CONTRA TUSEI
Merck

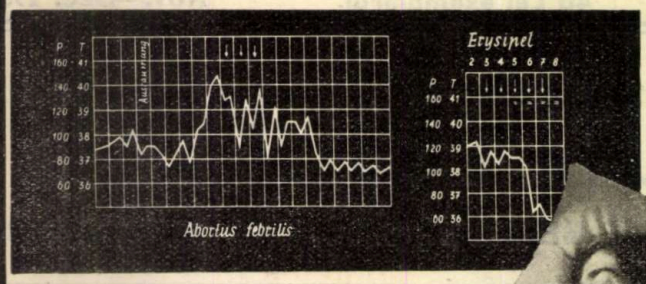
la t u s e
tuse convulsivă
bronşite

Flacoane cu aprox. 100 şi 170 gr.

E. MERCK - DARMSTADT

Repr.: **Dr. I. BINDER**
Bucureşti II.
Str. Luigi Cazzavillan 34

SIBIU, 1937
Tiparul institutului de arte grafice „DACIA TRAIANĂ“



Literatura medicală ne relatează mereu despre acţiunea excelentă a noului chimioterapeutic

Prontosil

în toate infecţiunile strepto- şi stafilococice

Erisipel, angină, septicemie post partum, avort septic, artrite, cistite, pielite, preeum şi în infecţiuni colibacilare.

Efect neîntrecut şi la administrare per os. Bine tolerat atât per os, cât şi intramuscular.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

AMBALAJE ORIGINALE:
Tub cu 20 tablete de 0,3 g.
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9285—3-9286.

Câteva consideraţiuni asupra raportului dintre Simpatologie, Endocrinologie şi Neuro-Psihiatrie.

De **Dr. G. Preda,**
medic primar director superior

Dacă cuvintele Neuro-Psihiatrie (boală neuro-psihică) şi Endocrinologie (studiu endocrinic) ar explica îndeajuns conţinutul acestor noţiuni, nu acelaş lucru putem spune de simpatologie care după părerea Profesorului Laignel Lavastine ar fi o patologie generală văzută prin unghiul neurologic.

Intr'adevăr sus numitul profesor acceptând concepţia lui Kraus asupra sistemului vegetativ, admite în acest sistem şi un departament umoral şi susţinând că la extremitatea simpaticului sunt schimbările umorale (dependinte de fizicochimie) consideră sistemul simpatic în accepţiunea cea mai largă ca un sistem regulator al tuturor funcţiunilor de nutriţie şi reproducţie.

Studiul simpaticului ar cuprinde studiul tuturor funcţiunilor ce nu sunt senzorice motrice voluntare, adică a acelor ce nu intră în viaţa de relaţie.

Patologia simpaticului şi-a lărgit foarte mult cadrul în ultimul timp şi datele furnizate prin studiile de fiziologie experimentală, farmacodinamie, ca şi observaţiile clinice permit să băgăm în această patologie un număr însemnat de stări morbide ce-şi aşteaptă legitimarea lor.

Ne-am obişnuit să considerăm în clinică ca făcând parte din patologia simpaticului, sindromele lissomotoare secretorice-trofice, viscerale de origină nervoasă. Examinând însă, sistematic bolnavii de medicină generală prin prisma neurologică şi bolnavii nervoşi şi mintali prin prisma clinicianului general, vom găsi tulburări ce uneori trec neobservate şi care ar constitui cliniceşte după expresia lui Laignel Lavastine *patologia de frontieră.* In această patologie se

găseşte rolul considerabil al simpaticului care prin simptomele sale ar sta călare pe splahnoscopia generală, neuroscopie şi psihoscopie funcţiile sale formând trăsătura de unire între cele 2 vechi entităţi: corpul şi sufletul.

Prin cenestezie şi regularea umorală simpaticul constitue fundamentul afectiv al vieţei psihice, iar viaţa psihică are răsunet asupra funcţiunilor organice, prin intermediarul simpaticului.

„In prezenţa deci a oricărui simptom somatic ca şi a unei tulburări psihice, se pune chestiunea participării posibile a simpaticului, o participare ce nu poate fi decât intermediară între fizic şi moral şi viceversa".

Este imposibil ca în cadrul restrâns a acestui articol să pot pune la punct problema enunţată prin subiect, mă voiu mărgini însă a scoate cât mai bine în relief modul de funcţionare normal şi patologic al sistemului vegetativ, evidenţiind raporturile ce le are pe deoparte cu glandele endocrine, pe de alta cu tulburările sau boalele Psihice. [1])

Dela început trebue să enunţ câteva *date anatomice şi fiziologice* cu privire la sistemul vegetativ. Prin acest sistem se înţelege deobiceiu 3 sisteme: 1. sistemul vegetativ al nevraxului: simpaticul supranuclear (centri encefalici corticali, diencefalici şi hipofiză); al II-lea sistemul simpaticului tronculo-ganglionar, care cuprinde: *a)* Ortosimpaticul sau simpaticul propriu zis (cu centrii intraxiali, lanţul latero-vertebral cu ramurile somatice şi eferente viscerale etc.); *b)* Parasimpaticul numit şi sistemul vagal cu cele 2 grupe craniene şi pelviene; *c)* micul simpatic în care ar intra resturile parasimpaticului lui Langley (elementele vegetative ale motorului ocular comun, intermediarul lui Wrisberg şi glossofaringian), după ce s'a scos vagul şi erectorul sacrat; *d)* metasimpaticul adică formaţiunile locale viscerale sau capilare (euteric-sistem a lui Langley); al III-lea sistemul umoral în care intră toate umorile secretate în organism.

Viaţa vegetativă este de altfel constituită din 2 neuroni (preganglionari şi postganglionari). Primul este mielinizat, iar al doilea este amielinizat.

Lanţul simpatic latero-vertebral reprezintă centrul de sinapse al căi somatice şi vasomotorice viscerale.

Plexul ganglionar previsceral, este punctul de terminare al fibrelor preganglionare viscerale simpatice şi parasimpatice. Gan-

[1]) Multe date sunt luate din lucrările profesorilor Laignel Lavastine, I. Lhermite. I. Delmas, Pende, Parhon şi şcoala sa, Danielopolu şi şcoala sa etc., precum şi a Dr.-ilor A. Thomas, Baboneo etc.

glionii previsceral constituesc adevăratul centru visceral periferic. Toate viscerele sunt inervate bilateral.

Căile simpatice, parasimpatice şi metasimpatice, nu sunt însă nişte căi exclusiv închise, adică numai pentru conducerea fibrelor vegetative dela un sistem la altul. Ele împrumută şi fibre de altă origină şi natură. Observaţiile tulburărilor aduse în funcţiunile vreunui organ, a secreţiunei vreunei glande, a contraacţiunei vreunui muschiu, a circulaţiei regionale, acele venite prin secţiuni simple, multiple, combinaţii de nervi sau anastomoze, excitaţiuni aplicate vreunui filet nervos (după secţiunea sau degenerescenţa diverselor anastomoze) au permis prin excludere să se urmărească origina şi traectul multor alte fibre inervante (sensitive motrice şi secretorice) peste reţeaua nervoasă, pe care anatomia descriptivă o lasă inextricabilă. Acest enunţ anatomic ajunge să ne indice că sistemul nervos vegetativ prin constituţia sa, prin dispoziţia centrilor săi şi a legăturilor etajate înăuntru şi înafara nevraxului, prin mijloacele sale de difuziune este pus în stare de a comanda sistematic acţiuni de ansamblu, iar în unele condiţiuni şi împrejurări de a localiza reacţiunile sale.

Ştim că în centri nevraxici se declanşează reflexele sistemului nervos vegetativ. Acest fapt se produce la înălţimi variabile, unele au un circuit mai scurt iar altele mai lung.

Viaţa vegetativă este în totalitatea ei influenţată apoi prin centrii diencefalici care regulează metabolismele: apei, a hidraţilor de cărbuni, a grăsimelor, stărilor de veghere şi somn, temperatura centrală şi periferică, creştere, etc.

Centrii nevraxici reacţionează, atât la umorile mediului sanguin, cât şi la secreţiunile interne sau endocrine, cu un cuvânt la toate excitaţiunile care vin din diversele teritorii ale organismului şi care scapă conştiinţei noastre. Aceşti centrii reacţionează apoi foarte intens la procesele psihoemotive care survin brusc sub formă de şoc sau care se constituesc progresiv, adică după o preparaţie mai mult sau mai puţin lungă.

Tendinţele fiziologice caută mai recent să arate că aceste din urmă procese psihoemotive, ar avea răsunet asupra ramificaţiunilor terminale ale sistemului nervos vegetativ fie prin intermediul perturbaţiilor chimice (care se produc la nivelul extremităţilor nervoase) fie prin intermediul secreţiunilor interne. In ambele cazuri intervine o excitaţie nervoasă. Nu este încă demostrat faptul dacă această excitaţiune se transformă prealabil în un proces chimic, pentru a pune în acţiune un muschiu neted sau o glandă.

Diviziunile terminale ale fibrelor preganglionare a sistemului simpatic se arborizează în metasimpatic în jurul unui număr mai mare sau mai mic de celule. Excitaţia uneia din aceste diviziuni tinde să se propage la alte diviziuni chiar după întreruperea dintre aceste fibre şi centri. Aceasta constitue reflexul axonic, de care va trebui să ţinem seamă în explicaţia simptomelor observate în diversele procese patologice. Acest reflex, de altfel, nu este rezervat numai sistemului preganglionar.

Fiziologiei experimentale datorim în primul loc cunoaşterea anumitor reflexe care permit a afirma funcţionarea anormală a simpaticului sau parasimpaticului. Fie că se lucrează direct asupra centrilor sau căilor secundare întrerupte sau excitate, fie că se lucrază asupra aparatelor periferice, se obţin numeroase semne sau reflexe care după nervul asupra căreia se acţionează, pot fi împărţite în simpatice sau parasimpatice. Toate comportă însă un caracter individual, care fac interpretaţia lor delicată. Cunoaştem astfel dintre reflexele simpatice: sindromul oculopupilar, reflexul circulator şi termic; acel al răcirei şi al încălzirei (prin lipsa de inervaţie simpatică); reflexul vasoconstrictor şi vasodilatator, dermografismul; capilaroscopia; reflexul sudoripar şi apoi acel pilomotor descris şi susţinut ca cel mai sigur dintre reflexe de André Thomas, iar printre cele parasimpatice avem ca cel mai important; reflexul bulbo-protuberanţial.

Organele vieţei vegetative pot încă răspunde la excitaţiuni foarte diverse, fie direct, fie imediat prin intermediul sistemului nervos. Acest mod de răspuns se comportă ca un reflex. Excitaţiunile pot fi sau nu specifice, reflexul însă dispare atunci când fibrele centrifuge care se duc la organe sunt întrerupte anatomiceşte sau fiziologiceşte. Reflexele acestor organe sunt considerate ca anormale, atunci când se produc excesiv sub influenţa excitaţiilor specifice, când sunt provocate prin excitaţiuni care de obiceiu nu le provocă, când sunt declanşate prin excitaţiuni îndepărtate, faţă de care rămân de obiceiu indiferente; în sfârşit când au loc în afara acţiunei sistemului nervos, adică numai sub influenţa perturbaţiunilor umorale (normale sau anormale).

Reflexele organelor vegetative se pot produce şi faţă de o emoţie. Printre aceste din urmă reacţiuni figurează: reacţiunile vasomotrice (paloarea, roşeaţa, vasodilataţia feţei; răceala extremităţilor); reacţiuni sudorele; ridicarea firelor de păr; modificări pupilare, etc. In special în domeniul parasimpaticului avem: secreţiunea lacrimală,

salivară, gastrică, biliară, vomitări, diaree. In domeniul cardiac şi circulator putem avea încă: bradicardie, tachicardie, extrasistolie etc.

Mai putem avea reacţiuni şi din partea altor organe (poliurie, spasm esofagian, gastric, intestinal etc.)

Dar indivizii înzestraţi cu aceste reactivităţi excesive, le pot manifesta uneori numai pentru anumite stări de emoţie particulare (sensaţiuni speciale) şi ele se arată cu predilecţie în anumite organe (unii au sudori numai la frunte, alţii ridicarea părului numai la ceafă etc.) Există deci o specificitate a excitaţiilor care lucrează nu numai prin intensitatea lor, dar şi prin calitatea lor (electivitatea reacţiunilor), iar în unele cazuri reactivitatea are loc pe regiuni sau organe determinate de escitaţiuni specifice sau grupe de escitaţiuni. Această reactivitate poate fi constituţională sau dobândită în urma unei infecţiuni, intoxicaţiuni, comoţii etc.

La unii indivizi reacţiunile emotive şi acele ale durerei (faţă de vreo sensaţie) afectează cu predilecţie organele inervate de sistemul simpatic sau parasimpatic şi acest studiu al reacţiunilor emotive a putut lăsa să se întrevadă până la oarecare punct şi noţiunea vagotoniei şi simpaticotoniei.

Negreşit că vagotonia şi simpaticotonia s'au bazat mai târziu pe probe ce au scos la iveală alte reflexe, printre care trei mai importante reflexul oculo-cardiac, coeliac şi depresor.

Dacă lucrările fiziologiştilor au căutat să scoată în evidenţă acţiunea antagonistă a simpaticului şi parasimpaticului asupra inimei şi altor organe viscerale, odată cu *introducerea sistematică a farmacologiei în clinică*, atenţia a fost şi mai mult îndreptată asupra opoziţiei şi concurenţei dintre simpatic şi parasimpatic.

Experimentaţia curentă ne arată cum unele substanţe toxice sunt simpaticotrope şi altele parasimpaticotrope. Adrenalina de exemplu excită simpaticul, pilocarpina excită vagul; atropina paralizează vagul, ezerina paralizează simpaticul.

După felul cum reacţionează faţă de aceste substanţe indivizii sunt catalogaţi în simpaticotonici şi vagotonici. Cei dintâi reacţionează de exemplu la adrenalină, iar cei de al II-lea la pilocarpină.

Lucrurile nu merg însă tocmai aşa schematic. Personalitatea fiinţei umane trebue să fie privită sub aspectul morfologic fiziologiceşte, umoral (biochimic), psiholog. şi medical. Trebue să luăm deci în vedere organele individului şi chiar diversele elemente ce intră în aceste organe şi care nu se comportă la fel sub raportul rezistenţei sau reactivităţei. S'a văzut deci cum un număr de indi-

vizi reacţionează după împrejurări uneori ca simpaticotonici alteori ca parasimpaticotonici.

S'a creiat astfel grupul de indivizi amfotonici adică cu predominanţa numai simpatică sau parasimpatică (Danielopolu).

Aceste tonii vegetative au pierdut şi mai mult din interes, când s'a văzut că toxicele utilizate menţin acţiunea lor sau chiar o exagerează, când organele s'au sustras acţiunei sistemului nervos şi atunci din simpaticotrope sau parasimpaticotrope, aceste substanţe au devenit simpatico sau parasimpaticomimetice, simpatico sau parasimpaticolitice.

Dacă seria simpaticolitică presidată de cholină diminuează cronaxia fibrelor netede, seria simpaticomimetică dominată de adrenalină măreşte cronaxia fibrelor netede. Or! diferenţa de un oxidril dintre simpaticolitici şi simpaticomimetici poate fi provenită prin starea bazică sau acidă a mediului, fapt de care ne vom ocupa mai târziu.

Noţiunea substanţelor chimice, care lucrând direct asupra organelor, (fără intervenţia sistemului nervos) produc efecte asemătoare acelora produse prin fibrele vegetative, nu poate rămâne ca o dată fiziologică fără însemnătate.

In prezenţa unei tulburări localizate care se manifestă în piele sau în un organ (angiospasm, spasm gastric, etc.), nu va trebui deci să incriminăm numai decât sistemul nervos, deoarece fibrele musculare netede, celulele glandulare pot răspunde tot atât la o excitaţie umorală cât şi la o acţiune nervoasă.

Nu se poate însă exclude complet sistemul nervos, dat fiindcă în afara sistemului vegetativ central şi periferic, există în multe organe un sistem ganglionar care funcţionează independent (de ex: plexus Meissner şi Auerbach din peretele intestinal).

Intrebuinţarea substanţelor farmacodinamice ca simpatico-parasimpatico tonice deşi prezintă un interes deosebit, ele însă trebuesc practicate cu precauţiuni şi în anumite condiţiuni.

Incercările cu atropină şi ortostatism pentru a evalua tonusul simpatic şi parasimpatic, acele cu diverse colirure pentru a depista origina tulburărilor pupilare, etc., pot da loc la interpretaţiuni care ridică mult din valoarea unui diagnostic tonic al simpaticului sau parasimpaticului.

Dacă această rezervă o facem cu privire la încercările substanţelor farmacodinamice, trebue să o facem şi când se pune tulburarea simpatică sau perturbarea sistemului neuro vegetativ numai pe socoteala evaluărei tonilor de calciu şi magneziu (care lucrează

în acelaş sens ca simpaticul), sau a acelor de potasiu care lucrează în sens invers. Acelaşi prudenţă când se evaluează alcaloza, fosforul etc.

Este drept că concepţiile lui Laignel Lavastine şi Zondek asupra metasimpaticului vin să explice odată cu relativa autonomie a acestui sistem şi mecanismul intim intracelular al vieţei vegetative. „Există — zice Laignel Levastine — în acest loc geometric al metasimpaticului, conexiuni neuroumorale cuprinzând celulele cele mai periferice şi extremităţile cele mai fine a sistemului vegetativ în contact cu mediul interior". După concepţia lui Zondek s'ar putea considera că acest element vegetativ are o dublă antenă şi când mediul interior ionizat este o soluţie unde predomină alcaloza sau acidoza, una sau alta din antenele sistemului vegetativ este sensibilizată (când predomină alcaloza antena colinei va fi sensibilizată, iar când predomină acidoza antena andrenalinei va fi sensibilizată).

Dacă luăm în vedere constituţia ionilor care se găsesc în acest mediu interior, vom avea deci o predominanţă a ionilor de potasiu când va fi o soluţie cu tendinţe alcaline şi a ionilor de calciu când în mediu interior va predomina tendinţa acidă.

Negreşit că acest fapt aduce după sine aplicaţiuni terapeutice. La indivizii anxioşi cu tendinţa la alcaloză se recomandă aplicarea razelor ultravioiete care măresc aciditatea, modifică calcemia şi diminuă anxietatea.

Dar Laignel Lavastine mai susţine că acest sistem, ca toate sistemele chimice este caracterizat prin instabilitate şi reversebilitate. E un fel de cadril, de o parte antenele adrenalinice şi cholinergice, de alta lichidul interstiţial acid sau alcalin cu predominanţa ionilor din seria potasiului sau calciului. Modificând una sau alta din aceste serii (antene sau ioni) se va provoca şi o modificare în un sens de alcaloză sau acidoză.

Presupunem de exemplu că avem o excitaţie de origină nervoasă psihică, această acţiune va avea răsunet până la nivelul metasimpaticului. Acesta lucrând asupra antenei adrenalinice, va lucra în sensul unei acidoze deci către o creştere a ionilor de calciu. Invers se va petrece lucrul dacă avem o acţiune depresivă care va lucra asupra antenei cholinei.

Există deci un sistem reversibil care poate fi modificat în două sensuri: unul psihogenetic descedent până la nivelul metasimpaticului şi altul prin acţiunea primitivă a metasimpaticului ce lucrează în mod secundar asupra ansamblului.

Cum substanţele ionizate ce lucrează la nivelul metasimpaticului nu au valoare decât prin încărcătura lor electrică, Laignel Lavastine atinge problema capitală a tensiunei electrice a aerului de care vom vorbi mai târziu.

La lumina cunoştinţelor fiziologice, experimentale, farmacologice şi patologice s'au scos deci la iveală *tipurile: simpaticotonici şi parasimpaticotonici.* Primul ar fi caracterizat prin exoftalmie cu midriază, uscăciunea pielei şi a gurei, tachicardie şi hipertensiune, poliurie, glicozurie, puseuri diareice, etc.; al doilea (vagonotonicul) se va remarca prin o relativă enoftalmie cu pupile mici, demografism, paloarea pielei, hipotermie, sudaţie, bufeuri de căldură, salivaţie abundentă, micţiuni, instabilitate cardio-vasculară, (aritmie, bradicardie, hipotensiune arterială) neregularitatea respiraţiei, stări de greaţă, vărsături, spasm al intestinului gros, etc.

Fiecare din aceste stări s'ar bucura de temperamente diferite: primul ar fi înzestrat cu o supraactivitate, caracter violent predispus la insomnie; al doilea ar fi subactiv, trist, anxios, melancolic.

Aceste tipuri sunt însă precum am mai spus prea schematice şi schema nu poate fi concepută în acelaş fel de toţi autorii. Există tonii intricate, amestecate sau alternate la acelaş individ.

In loc de a se căuta dacă cutare sau cutare individ aparţine vreuneia din aceste tipuri, poate ar fi mai interesant să se ştie dacă cutare accident morbid traduce o tulburare primitivă a organului, sau una secundară provenită prin excitaţia sau inhibiţia inervaţiei locale simpatice sau parasimpatice.

Chestiunea se pune mai ales cu privire la spasme. In special spasmele vasculare ce au originâ în accidentele cerebrale semnalate în cursul intervenţiilor chirurgicale. Tulburările circulatorice sunt invocate nu numai la origina fenomenului de excitaţie ale epilepsiei, dar şi de inhibiţie ale stărilor paralitice.

Chestiunea a fost reluată ţinându-se seamă de modificaţiunile anatomice ale peretelui vascular, de perturbaţiunile circulaţiunei generale. Astfel Bailliart arată că hemianopsia este expresia senzorială a unei vasoconstricţiuni corticale. Didsburg, expunând ideile directive ale spasmului vaselor cerebrale în mecanismul migrenei priveşte problema sub aspectul anatomic, pe când Wallery Radot o priveşte prin prisma umorală susţinând că migrena este durerea nevritei superficiale, nevrită ce se găseşte la nivelul emergenţei nervului mare occipital.

Şi dacă este vorba să prezentăm *actualităţile simpatologice* nu putem neglija să menţionăm pe: Alajouanine care susţine că faza

tabetică sau siringomielinică este precedată de o fază preparatoare caracterizată prin: exagerația circulației în țesuturile osteo articulare, cu decalcificare, etc. Chevallier, care arată relațiunile dintre urticaria, sindromul vago-simpatic și metabolismul ferului; Rozenthal care arată rolul important al simpaticului în manifestările tuberculosei; Delherm care face aplicația practică a fizioterapiei în simpatologie; elevul său Fischgold care aplică ideile lui Lapicque la o construcție cronaxică a sistemului simpatic; Justin Besançon care arată că în sistemul ortosimpatic ca și în acel vagal există o dublă conducție identică rețelei de tren (rapid și personal) de pe căile ferate. Conducția rapidă este electrică și cea de personal este umorală.

In sistemul ortosimpatic cele 2 căi sunt una electrică și alta pentru fibrele adrenalinergice care secretă adrenalina. In sistemul vagal, calea repede se supune legilor cronaxice fără intermediul umoral, pe când fibrele care prin cholină se opun adrenalinei, au un mecanism umoral cholinergic.

Nu putem sfârși acest capitol al actualităților fără a nu atinge rolul chirurgiei în simpatologie (analgic, regulator vasomotoric și echilibrant endocrinian), al reflexoterapiei (escitația metalului mijlociu care determină un reflex ce are răsunet asupra neuronilor trigemenului și modifică echilibrul vago-simpatic), acel al termometriei locale (aparatul lui Saidmann) după care Laignel Lavastine își divizează temperamentele, acel al metabolismului apei care explică variațiunile probei Aldrich și Mac Clure precum și acel al tensiunei electrice negative, fapt de care s'a servit Stephens în terapie (modificațiunile chimice venind în urmă modificațiunile electrice etc.).

Toate aceste cercetări explică situația actuală a simpatologiei cu mersul ei dela anatomie la electricitate (dela simpaticul macroscopic nevraxic și metasimpatic la rolul ionilor în contact cu electricitatea negativă) și întoarcerea ei dela electricitate la anatomie și fiziologie prin: franklinizarea negativă, mărirea elanului vital, tonusul ortosimpaticului, reacțiunea încetinită a precipitaților coloide, persistența tinereței, etc.

In o conferință ținută la Iași (în 1935) profesorul Dr. N. Pende, tratând *raporturile dintre glandele endocrine și sistemul nervos*, ajunge la concluzile:

a) glandele endocrine pot funcționa în oarecare limite și în condițiuni de necesitate fiziologică într'un chip autonom (autotonus funcțional a lui Bauer) și că există în acelaș timp o subordonare fiziologică a țesuturilor la nervi troforegulatori locali;

b) sistemul nervos vegetativ şi animal în centrii săi ca şi în terminaţiunile periferice, suferă atât în tonicitate, cât şi în energia funcţiunilor hormonilor corespunzători. Deşi experimentaliceşte nu este posibil să se sustragă complet sistemul nervos de sub influenţa tuturor hormonilor (vagotropi şi simpaticotropi) totuşi dacă se urmăreşte sistemul nervos local când i se suprimă hormonii care-l stimulează, se constată o tonicitate şi o excitabilitate diminuată a unor teritorii (ex. cu scoaterea glandei suprarenale sau a tiroidei, care nu suprimă excitabilitatea simpaticului şi a centrilor nervoşi psihomotorii şi psihosensoriali ai vieţei de relaţie, ci determină o hipotonie gravă şi o astenie a acestor sisteme);

c) acţiunea simpaticului şi aceea a hormonilor simpaticotropi (cum ar fi adrenalina) nu este identică şi unii nu pot substitui pe cellalţi. Nu s'a putut deci demonstra ca efectele scoaterii simpaticului şi acele ale glandelor adrenaligene ar fi egale, tot aşa efectele dublei vagotonii cu acele ale scoaterei pancreasului etc.;

d) există un tonus hormonic a sistemului nervos vegetativ şi animal la periferie în acelaş timp cu tonusul vegetativ al ţesutului periferic (experienţele s'au făcut pentru hormoni: genitali, adrenalină, insulină, tiroxine şi hipofisari);

e) există o influenţă regulatoare a periferiei asupra sistemului endocrinian prin reflexi hormonici organici.

Pende demonstrează că mucoasa duodenală reprezintă un punct de plecare important al reflexului hiperinsular sau duodeno-insular.

Aceşti reflexi hormonici au o mare importanţă pentru adaptarea organismului la variaţiunile cosmice de: temperatură, presiune barometrică; pentru menţinerea echilibrului interglandular şi al presiunei arteriale.

Din cele expuse mai sus autorul ajunge la 3 posibilităţi patogenetice a sindromului endocrino-nervos: *a)* sindromului endocrinian hormogen primitiv cu simptome neuro-vegetative secundare; *b)* endocrino neurogen primitiv sau secundar alteraţiilor neuro vegetative cu exces de influenţă nervoasă secretorică sau inhibitorică; *c)* endocrino vegetativ asociat din cauza lesiunilor concomitente şi subordonate aceluiaşi proces morbid şi pentru glanda endocrină şi pentru centru nervos secretoric.

In cele mai multe endocrinopatii este posibil să se separe clinicește aceste 3 posibilităţi patogenetice care diferă, atât în partea simptomatică, cât şi în răspunsuri la mijloacele terapeutice. Dar trebue să recunoaştem că endocrinologistul modern prezintă greutăţi la diagnosticare, mai ales când este de a se stabili la bolnav

calitatea raporturilor pe cari le prezintă sistemul nervos şi cel endocrinian, tulburate în unitatea lor funcţională.

Dacă am văzut raportul dintre tulburările vagosimpatice şi psihoemotivitate nu mai puţin suntem datori să menţionăm raporturile *dintre hormoni şi viaţa psihică.*

S'au putut aduna fapte, care sunt primele probe ale existenţei unui control (nu a unei acţiuni determinate) a hormonilor. Astfel se ştie că glandele tiroidă şi adrenalină au o acţiune ameliorătoare asupra vitezei proceselor psihice şi măresc emotivitatea pe când prehipofiza moderează viteza psihică şi emotivitatea. Hormonii simpaticotropi (tiroxina, secreţiunile renale, hormoni genitali, măresc în general instinctul de apărare şi atac de combativitate; pe când hormonii parasimpaticotropi, (timus, insulină, corticali, suprarenali) favorizează din contră instinctele de nutriţie şi reproducţie.

Unii hormoni, susţine Pende, favorizâ memoria şi pot aduce concentraţia mintală (prehipofisă), alţii cum sunt glandele genitale şi suprarenale favorizează voinţa şi rezistenţa psihică (biotonus psihic). Tiroida şi hipofisa favorizează desvoltarea intelectuală, cea dintâiu lucrează asupra inteligenţei analitice. Hormonii genitali lucrează asupra inteligenţei fantastice. Insuficienţa paratiroidă determină spasme psihice care se manifestă sub formă de idei obsedante şi stereotipii.

Strânsa legătură dintre simpatologie, endocrinologie şi psihiatrie, complexitatea extremă a observaţiunilor clinice la manifestările tulburărilor sistemului vegetativ şi endocrinic, greaua diferenţiere cu privire la lesiunea elementului care prevaleazâ şi mai ales a originei acestei lesiuni, ne îndreptăţesc şi acum ca şi în altă lucrare a noastră [1]) să recomandăm în observaţia cazurilor de tulburări neuropsihice pe lângă partea morfologică (antropometrică), *metoda concentrică a celor 4 zone recomandată de profesorul Laignel Lavastine.*

Această metodă se rezumă în următoarele:

a) Zona psihică cu cele 2 versante: extern (psiho social) şi intern (cu eul intim constatat prin: psihanaliză, ascesă, onirocritie, adică interpretaţie de visuri, etc.)

b) Zona neurologică cu versantul extern (care răspunde la neurologia senzorio-motrice şi la partea expresivă a simpatologiei) şi cel intern care răspunde perturbaţiilor metabolice şi organo-vegetative, deci cu tulburările vago-simpatice;

---

[1]) Asupra diagnosticului în Psihonevroze de Dr. G. Preda şi Popescu-Sibiu.

Acest din urmă versant simpatic este sensibilizat într'un sens sau altul prin modificările umorale endocrine;

c) Zona endocrină cu versantul exterior static şi morfologic, care se cristalizează în: modificări ale pielei, capilare, etc. (şi versantul intern, care se manifestă prin toate variaţiile de homoni din mediul interior, variaţiuni de Ph, modificări de hidrofilie, etc., deci toată partea umorală a endocrinologiei;

d) Zona viscerală propriu zisă, în care se găsesc toate organele ce pot juca şi un rol endocrin (cum ar fi ficatul care joacă rolul de viscer şi de glandă endocrină). Această zonă are şi ea 2 versante: unul exterior reprezentat prin tradiţionala şi bătrâna clinică şi versantul intern care comportă studiul modificaţiilor anatomice, deci anatomia patologică clasică.

In centrul acestor diverse zone se găseşte nucleul morbific sub forma infecţiunei, intoxicaţiunei, avitaminozei, ereditare sau câştigate, etc. şi care formează punctul de plecare a întregei personalităţi mai mult sau mai puţin tulburate.

Metodei concentrice îi urmează o erarhizare a documentelor, care este un lucru de interpretare independentă de felul cum le-am privi, dacă nu am întrebuinţa această metodă.

Acum 30—40 ani, când se făcea — zice Laignel Lavastine — o expoziţie orizontală, adecă se studia neurologia sau cardiologia prin prizma anatomică şi fiziologică în manifestaţiile sale organice zise şi manifestaţiuni funcţionale, nu se întrebuinţa şi metoda verticală. Această din urmă metodă a fost pusă în evidenţă de Grasset, care susţinea că în orice funcţie nu este numai un element nervos, dar şi unul psihic.

Prin metoda verticală orice medic, fie că este un oftamologist, oto-rino-laringolog, etc., trebue să-şi amintească că alături de leziunea morfologică este şi o parte psihogenetică şi o zonă simpatică.

Fişele biotipologice din ultimul timp, (Viola, Pende, fişa universitară din Cluj, etc.) vin să completeze această metodă. O astfel de fişă care studiază personalitatea întreagă a fiinţei umane normală sau patologică, a fost introdusă şi în spitalul de boli mintale şi nervoase Sibiu, iar directive în acest sens s'au dat şi dispensarului neuropsihiatric din localitate.

Laignel Lavastine dă 2 exemple (un anxios şi un euforic), în care arată concordanţa manifestaţiilor relevate prin metoda studiului său de simpatologie.

Anxiosul — zice el — este astenic şi zona simpatologică arată o vagotonie marcată prin exagerarea reflexului oculo cardiac. Cro-

naxiile fibrelor netede sunt micşorate considerabil, alcaloza este mărită; fosforul superior lui 7; hidrofilia (prin metoda Aldrich Mac Clure) este mărită şi această afinitate pentru apă este concomitentă cu marea permeabilitate a membranelor celulare pentru substanţele disolvate în mediul intern, permeabilitate care explică şi mărirea sensibilităţei pentru toxice (Experienţele lui Santenoise arată că animalul este făcut mai sensibil pentru toxice prin injectarea cu pilocarpină şi-şi scade pragul sensibilităţei prin injecţii cu cianurul de mercur).

Dacă privim mediul exterior găsim exagerarea anxietăţei, vagotonia, hidrofilia (mai ales când anxiosul este în un mediu exterior unde higrometria este mărită). Există un paralelism net la unii vagotonici între anxietate şi gradul higrometric al aerului. Aceasta se explică prin micşorarea tensiunei electrice negative (constatarea se poate face prin electroscopul cu foile de aur a abatelui Nollet). Anxietatea este la maximum în timpul nopţei căci în acest timp există hipervagotonia (după expresia lui Job în zorile zilei, omul moare deoarece hiperexcitabilitatea vagală facilită sfârşitul vieţii).

Să luăm acuma exemplul contrariu. Sub influenţa aciditătei, în loc de anxietate, subiectul prezintă euforie, în acelaş timp are şi o mărire a tonusului muscular. Dacă examinăm zona simpatică avem hiperortosimpatia prin exagerarea reflexului solear şi abolirea reflexului oculo-cardiac. Cronaxia fibrelor musculare este mărită, de unde un frenaj al sistemului vegetativ. Avem o exagerare în diferenţierea dintre sistemul senzoriomotor şi vegetativ şi dacă se mai constată o stare psihonevrozică cu predominanţa ortosimpatică avem şi o acidoză, fosforul 4—5, hipertensiune uşoară, încetinirea resorbţiei bulei cu soluţia de clorur de sodiu $9^0/_{00}$ (Aldrich şi Mac Clure) şi rezistenţă la toxice. Aerul sec, cu gradul higrometric jos, cu o predominenţă a electricităţei negative în acest aer ar convine cazului. Aerul sec tonifiază ortosimpaticul şi ph. rămâne acid.

Aceste exemple scot şi mai mult în evidenţă complexul neurochimico-fizic, aceasta solidaritate profundă care este la baza organică morfologică a personalităţei noastre.

Am spus mai sus că reflexele vegetative au caractere individuale ocazionale şi sunt supuse la nuanţe subtile de excitaţie dela o simplă atingere ventilare, variaţie termică abia perceptibilă, până la sensaţiunile algogene cele mai brutale.

In această vastă gamă de vibraţiuni, fiecare poate găsi nuanţa, intensitatea, momentul, ceeace ne face să credem că un mare număr de excitaţiuni poate încă scăpa observaţiilor noastre.

Nu este ilogic să presupunem că noi suntem — ca individ sau în colectivitate — apți de a suferi influențele cosmice metereologice și multe altele a căror natură și acțiune ne sunt încă necunoscute și la care sistemul nervos vegetativ nu poate rămâne străin în reacțiunile sale.

„Limitele într'adevăr și probabil fiind greu de arătat, este bine să se procedeze cu prudență chiar cu neîncredere și să se multiplice experiențele, cercetările, să se perfecționeze și să se simplifice mijloacele de investigație, începând ascuțirea simțului critic cu noi înșine".

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

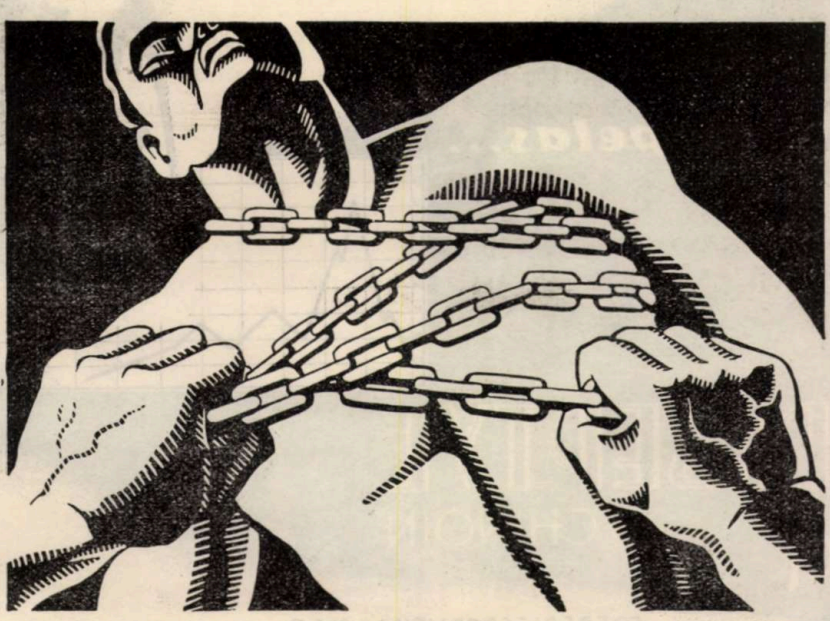
PIPERAZINA

MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV



Cardiazol-Efedrina «Knoll»

cupează

astmul,

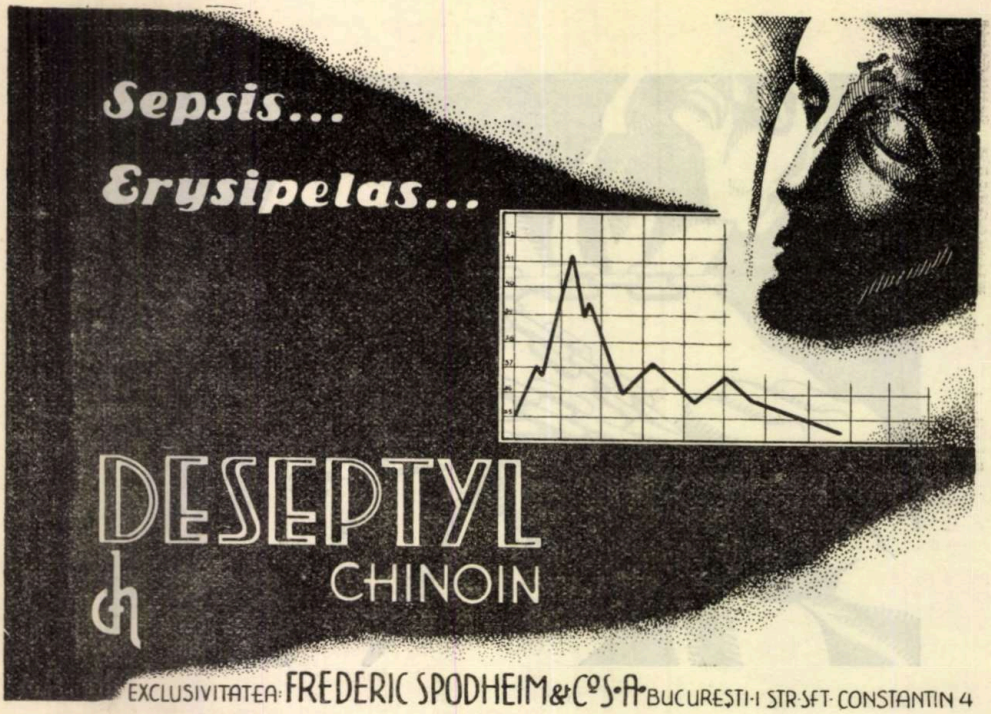
combate

insuficiența circulației

KNOLL A.-G.
Ludwigshafen a. Rh.

Tablete. — Fiole. — Lichid.

«KNOLL» S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, BUCUREȘTI 3.



Gardénal

PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE

EPILEPSIE
CONVULSIUNI
STĂRI NERVOASE
INSOMNII REBELE

IN TUBURI DE COMPRIMATE DE 0GR.10, 0GR.05 & 0GR.01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE 21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8e

Tratamentul Erysipelului prin compuşi Azoici-Rhubiazol şi Prontosil.

de **Dr. Liviu Ursu,**
şeful serviciului medical
din Spitalul Militar Sibiu.

Ehrlich a fost primul, care a întrebuinţat în chimio-therapia spirochetoselor, produşi coloranţi (trypan-bleu, trypan-roşu).

In infecţiunile streptococice, după ce toate încercările vaccino- şi sero-therapice au dat numai eşecuri s'a ajuns la chimio-therapie, care este de dată foarte recentă.

In 1935 Domagk, a descoperit un derivat azoic, sulfamido-chrisoidina, care inoculat la şoareci, îi proteja contra inoculării unei doze de streptococi, cari omorau repede pe martori.

Transpusă în clinică, sulfamido-chrysoidina (prontosil şi rhubiazol) a dat rezultate neaşteptat de bune, în tratamentul infecţiilor streptococice şi mai ales a erysipelului.

Mecanismul acestei acţiuni a s. a. c. a fost studiat de mai mulţi autori, cari după cercetări îndelungate — clinico-biologice şi chimice — au formulat următoarele două teorii:

1. Levaditi şi Veisman au arătat că s. a. c., dă posibilitatea organismului de a uza de toate mijloacele sale naturale de apărare, împiedecând încapsularea streptococilor şi neutralizând leucocidinele, ce secretă.

2. Tréfouil, Nitti, şi Bovet au emis altă hypoteză: Coloranţii din grupul sulfamido-crysodinei, îşi datoresc acţiunea lor bactericidă ce o au faţă de streptococi — numai în vivo nu şi în vitrocomponenţei p-amino-phenyl-sulf-amid, care are acţiune anti-streptococice, atât în vivo, cât şi vitro.

Toţi aceşti compuşi azoici, introduşi în organism, sunt dedublaţi în p-a. f. s., partea activă a moleculei lor, care este incoloră şi o triamină aromatică — componentă fără nici o acţiune streptococică, care dă însă coloarea, şi care este răspunzătoare şi de unele accidente de sensibiliare.

Colebrook, reducând în vitro prontosilul — prin mijloace chimice, eliberând astfel p-a. f. s. — acest corp a devenit bactericid şi în vitro.

Tuller a putut doza p-a. f. s. în urina şi sângele animalelor tratate prin prontosil şi 1162 F. (p-amina-benzen-sulfamid).

In Secţia de Contagioşi a Spitalului Militar Sibiu, din luna Mai şi până la 1 Noemvrie, a. c., am tratat un număr de 21 bolnavi de erysipel al feţei.

In toate aceste cazuri ne-am mărginit exclusiv la chimico therapie per os, cu compuşi azoici (prontosil în câteva cazuri şi rhubiazol în majoritatea cazurilor), fără nici un tratament local.

Dozele întrebuinţate au fost de 10 tablete în primele 2 zile, 8 tablete în ziua 3, 6 tabl. ziua 4, şi 4 tablete în ziua 5, ultima din cele tratate:

Iată pe scurt observaţiile câtorva cazuri:

Soldatul M. N. intră în spital în ziua de 26 V. 1937, prezentând un placard erysipelatos al nasului şi al regiunei orbitare drepte care se întinde şi pe pielea capului, în regiunea frontală. La nivelul placardului se observă şi câteva flictene, temperatura 38,8. I se administrează 10 tablete rhubiazol şi chiar de a doua zi temperatura scade la 36,2. Tratamentul se continuă încă 4 zile cu doze descrescânde şi bolnavul este vindecat complet după a 5-a zi dispărând şi placardul complet fără nici un tratament local.

Copil de Trupă O. I. intră în spital la 31 V. a. c., prezentând un placard erysipelatos cu punct de plecare dela un furuncul situat la buza superioară şi care se întinde pe tot obrazul stâng până în regiunea temporală, înglobând şi pleoapa superioară stângă care este oedematiată.

Temperatura la internare 39,2, în ziua de 1 VI. a. c., temperatura dimineaţa 38,8. I se administrează 8 tablete rhubiazol şi temperatura scade brusc la 36,3, în ziua da 2 VI, dimineaţa pentru ca să revină la 37,8 seara, se continuă tratamentul cu rhubiazol şi cu începere din ziua de 3 VI., bolnavul este şi rămâne afebril, leziunile cutanate dispărând şi ele după ziua 5-a.

Fruntaşul M. A. intră în spital în ziua de 22 VI. cu erysipel al nasului, temperatura la internare 38,3. I se administrează rhubiazol; din ziua de 25 VI. temperatura revine şi rămâne normală, vindecare completă în 5 zile, fără nici un tratament local.

Soldatul G. I. intră în spital în ziua de 26 VII. a. c., cu erysipel al feţei, temperatura 40. I se administrează ca unic tratament rhubiazol timp de 5 zile, în doze descrescânde (10—4 tablete pe zi).

Chiar de a doua zi temperatura scade brusc la 36,2 pentru a rămâne tot timpul normală; vindecarea completă după 6 zile.

Soldatul T. P. intră în spital în ziua de 8 VII. cu erysipel al feţii, temperatura 39,7, se tratează numai cu rhubiazol după aceleaşi norme, şi chiar de a 2-a zi temperatura scade sub 37, unde se menţine până la vindecare.

Soldatul A. S. intră în spital în ziua de 13 X. 1937, cu erysipel al feţii, temperatura 40 este tratat cu prontosil-tablete (10 în primele 2 zile, 8 în ziua 3-a, 6 în ziua 4-a şi 4 în ziua 5-a) nici un alt tratament.

Chiar de a 2-a zi temperatura scade brusc la 36,8 pentru a rămâne ulterior în limitele normale, vindecarea completă în ziua 6-a.

Soldatul I. E. intră în spital la 15 X. cu erysipel al feţii, temperatura 40,2, este tratat cu prontosil (tablete), a doua zi temperatura scade la 37,5 şi din a 3-a zi 36,6 pentru a se menţine normală ulterior, vindecarea completă după ziua 6-a.

Soldatul H. I. intră în spital în ziua de 28 V. a. c., cu erysipel al feţii neavând la îndemână nici prontosil nici rhubiazol, bolnavul este tratat timp de 4 zile cu mijloacele obişnuite; temperatura se menţine şi în aceste 4 zile între 38—40, în ziua 4-a i se dă 8 tablete rhubiazol şi temperatura scade brusc la 36,7 dimineaţa şi 36,8 seara, nemai având rhubiazol bolnavul a 3 a zi face din nou temperatură de 39,4. Ii administrăm din nou 10 tablete rhubiazol şi temperatura scade brusc a 2-a zi la 36,2, tratamentul este urmat cu dozele descrescânde încă 4 zile şi bolnavul se vindecă în a 5-a zi.

Soldatul P. A. intră în spital în ziua de 4 VIII. a. c., cu erysipel al feţii, temperatura 39. I se administrează ziua 1-a 8 tablete, ziua 2-a 6 tablete şi ziua 3-a 4 tablete rhubiazol, din ziua 3-a bolnavul este afebril, însă în ziua 7-a face o reşută, temperatura atingând 40,3, se reia din nou tratamentul cu rhubiazol, care se prelungeşte timp de 5 zile.

Chiar de a 2-a zi temperatura scade brusc la 36,4, pentru a rămâne în limitele normale tot timpul.

Din studiul acestor cazuri am dedus următoarele concluzii:

1. Compuşii azoici — rhubiazol şi prontosil — în tratamentul erysipelului, au o constanţă şi o rapiditate de efect de 100%.

In mai toate cazurile în interval de 24—48 h., dela instituirea tratamentului febra revine la normal, scăderea făcându-se de multe ori brusc dela 40 — la 36,6.

2. Această scădere a temperaturei este însoţită de ameliorarea stărei generale şi a leziunilor locale, care fără nici un tratament local, se sting şi dispar complet în zilele următoare.

3. Dozele necesare pentru ca vindecarea să fie definitivă sunt următoarele: 10 tablete în primele 2 zile (până când scade temperatura), 8 tablete în ziua 3-a, 6 tablete în ziua 4-a şi 4 tablete în ziua 5-a.

In cazurile când dozele sunt mai mici, sau întrerupem prea de timpuriu administrarea azoicilor, după 2 sau 3 zile, în cazurile mele, expunem pe bolnav la reşută. Aceste reşute sunt însă tot atât de uşor influenţate prin compuşii azoici.

4. N'am avut nici un caz de sensibilizare la cele 21 cazuri tratate, ceeace denotă că accidentele de sensibilizare observate de unii se produc destul de rar.

Singurul inconvenient a fost colorarea intensă a urinei — totdeauna — şi câteodată şi colorarea pielei şi a mucoaselor.

In timpul tratamentului, cu compuşi azoici, să nu se dea bolnavilor sulfat de sodiu, fiindcă acesta cu azoicii, dau sulfmethemoglobina, care se manifestă prin cianoză.

Incolo nici o contraindicaţie.

Bibliografie.

1. Le monde d'action du p-amino-phenyl-sulfamido et des derivés azoiques dans les septicémies streptococcic experimental par: I. et M. Trétonel, Nitti et D. Bovet. La Presse Medicale Nr. 215—1937.

2. Sur le mecanisme de l'action anti-streptococcique de la sulfamido-cysoidine par M. M. P. Gley et A. Girard.

La Presse Medicale Nr. 73—1937.

Spitalul Militar, Sibiu.

Consideraţiuni asupra diagnosticului clinic şi radiologic al osteosarcomului cu un caz clinic.

de

Dr. A. Mavru, Şeful serv. Chirurgical. şi **Dr. Popescu Ştefan,** Şeful serv. Radiologic.

Tânărul D. V. din Reg. 92 Inf. intră în serv. Chirurgical la 14 Aprilie 1937, pentru o tumoare în reg. supero-externă a gambei drepte.

Ant. pers. Scarlatină la vârsta de 8 ani, neagă tabagismul şi etilismul.

Ant. her. colat. Fără importanţă.

Istoric. In luna Decemvrie 1936, lucrând a căzut jos pe faţa externă a art. genunchiului drept. In luna Februarie 1937, în timp ce făcea o baie, a simţit dureri la nivelul feţei supero-externe a gambei, unde-i apăruse un mic nodul dureros şi de consistenţă tare. La aceea epocă mersul se executa normal, fără jenă. Văzând că durerile deveneau mai mari, cu exacerbaţiuni nocturne şi că nodulul dureros creştea mereu, s'a arătat la un medic, ce i-a dat un unguent calmant.

Fiind încorporat în Aprilie 1937, din primele zile mersul a început să fie defectuos, obositor, iar nodulul îşi mărea volumul continuu. Eşind la vizita Medicului, acesta îl trimite la Spitalul nostru.

Starea prez. De constituţie bună. Tegumentele şi conjonctivele colorate normal. Ţesut celular subcutanat, ganglioni, sistem muscular nimic de semnalat. Sistem osteo-articular în $^1/_3$ supero-externă a gambei drepte deasupra capului peroneului şi înspre faţa externă a art. genunchiului respectiv, se observă o deformaţie accentuată.

La palpaţie se percepe o tumoare neregulată, compusă din trei mameloane, dură, de consistenţa osului, fixă la platoul tibial.

La presiune se capătă sensaţia de crepitaţie, bolnavul acuzând dureri. Tegumentele de coloraţie normală, prezintă totuşi o mărire

a temperaturei de 8 diviziuni, faţă de tegumentele înconjurătoare, care sunt netezi, uşor lucioase brăzdate de o circulaţie venoasă aparentă.

Nu se constată oedem nici local nici la întreaga gambă. Ganglionii reg. poplitee şi crurală dr. normali, nemăriţi, nedureroşi.

Exam. splanclinic. Nimic obiectiv patologic în restul organelor interne.

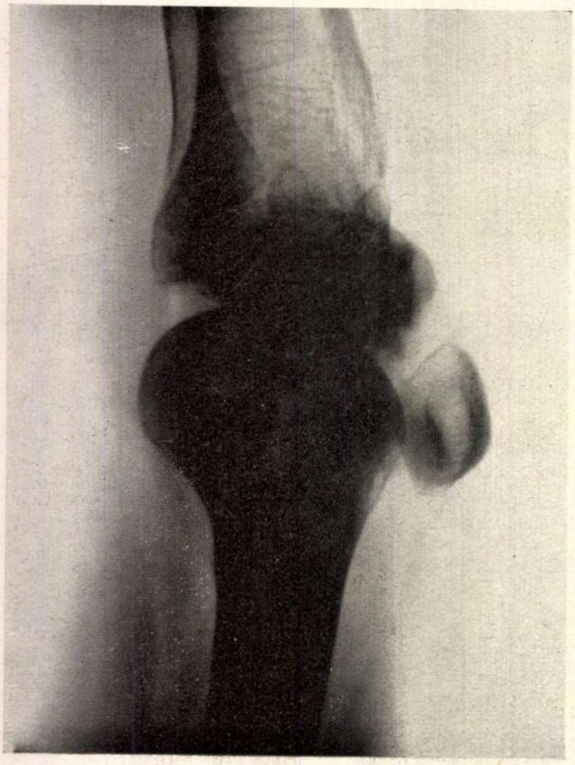
La examenul radiografic practicat de unul din noi se constată următoarele: Tumoră cu desvoltare periferică, pornind din platoul extern al epifizei superioare a tibiei stângi (de mărimea unei mandarine) ce ridică periostul, formând mameloane neregulate cu contururi rotunde, polilobat, de transparenţă ceva mai mare decât a osului normal, cu care se continuă fără zonă de tranziţie.

Deasupra şi dedesubtul tumorii se văd formaţiuni ce au aspectul de nuclei neoplazici secundari, cari ar caracteriza evoluţia proliferantă (concluzie) aspect radiologic de osteosarcom periferic cu origină periostică (vezi clşeele alăturate).

Revăzând bolnavul în luna Sept. cu care ocazie am constatat enorma mărire de volum a tumoarei, cu blocajul aproape complet al art. genunchiului drept, cu îngroşarea tegumentelor locale ce şi-au schimbat mult înfăţişarea, cu slăbirea notabilă a bolnavului ce se plânge de pierderea forţelor şi cu o persistentă hipertermie, fără de a constata vreo altă maladie sau vreo ulceraţie locală, am căpătat şi mai mult convingerea că ne aflăm în faţa unei tumori maligne.

Ceea ce ne-a incitat a publica cazul a fost mai ales faptul de a fi diagnosticat cazul numai în urma examenului clinic şi radiografic, verificând încă odată afirmaţia lui Tavernier, Ticsier şi Patel, că în ora actuală radiografia este pilierul fundamental în diagnosticul unei tumori osoase, trebuind chiar a fi substituită complet biopsiei care este periculoasă putând provoca metastaze.

Mai mult, biopsia ca şi examenul radiologic nu poate da date sigure, afară de unele forme cum sunt tumorile metastatice şi epiteliale, unde dă indicaţii formale, în celelalte cazuri acest examen completează examenele clinic şi radiografic. Referindu-ne la termenul de mai sus că biopsia apare multor autori ca periculoasă, acest fapt este uşor controlabil, deoarece toţi chirurgii ştiu că o astfel de operaţie nu este simplă, trebuind a face o adevărată osteotomie exploratrice, spre a nu comite greşala de a lua o piesă numai din ţesutul de reacţiune peritumoral care nu ne-ar da un rezultat sigur deoarece celulele tumorale sunt vizibile şi trăesc numai în jurul vaselor, aşa încât excizia unei părţi dintr'o tumoare prea vascula-



rizată poate da hematoame, sau o infecţie secundară, sau să provocăm metastaze. In plus biopsia nu poate să ne indice gradul de malignitate al tumoarei; iar în cazul nostru ea a fost complet şi definitiv refuzată de pacient, care ne-a interzis formal orice intervenţie.

Osteosarcoamele tibiei şi în special ale extremităţii superioare par după statisticele lui Schwartz, Pollosson şi Berard, Nove Josserand şi Tavernier să vină în ordinea frecvenţei după acele ale femurului şi ale humerusului. Din punct de vedere al vârstei par a fi mai frecvente între 5—20 ani şi mai puţin frecvente între 20—30 ani. Cazul nostru având 21 ani, acest fapt se explică uşor dacă ne gândim că osteosarcoamele apar de predilecţie la nivelul zonelor de vascularizaţie, cum sunt zonele juxta epifizare şi care sunt cu atât mai fertile, cu cât vârsta e mai fragedă; neapărând niciodată la epifize.

Cazul nostru de osteosarcom periferic sau periostic este forma evoluţie rapidă, ce dă curând generalizări şi atinge de timpuriu volume impresionante. Prof. Iancu Jianu posedă în muzeul clinicei dela Spitalul Filantropia o piesă de osteosarcom al rădăcinei membrului inferior în greutate de 14 kgr. Părţile moi sunt foarte curând invadate formând o masă lardacee cum am putut constata la cazul nostru la interval de câteva luni doar. Prin desvoltarea exagerată aceste tumori sunt capabile de a învinge bariera cartilagiului de conjugare la copii sau cartilagiul diartrodial la adulţi, blocând articulaţia ca în cazul nostru. Noţiunile etiologice în cazul nostru şi-au păstrat valoarea lor clinică, vârsta tânără şi traumatismul ca şi în cazul lui Tavernier care a putut urmări evoluţia unui osteosarcom chiar dela traumatism. Nu tot aşa şi pentru patogenia acestor tumori unde totul pare hipotetic, afară de cazurile cu evoluţie fulgerătoare în cari savanţi de talia lui Hartman Le Cene ş. a. înclină a vedea un proces infecţios. In cursul evoluţiei aceste tumori dau mai rar metastaze, ce par frecvente însă în recidive. Propagarea lor se face pe cale sanguină (venoasă) nu pe cale limfatică cum afirmase cândva Broca, fapt ce se poate uşor confirma prin aceea că ganglionii nu se prind nici în tumorile primitive, nici în recidivă niciodată, rămânând absolut indemni. Cazul nostru este destul de elocvent. Diagnosticul clinic prezintă necunoscute încă şi azi aproape insurmontabile, afară doar de cazurile operate şi recidivate la scurt interval ca în cazul lui Tavernier publicat în Lyon Chirurgical din 1927 Ian.—Februarie, sau ca în cazul lui Moreau publicat în Arhives Franco-Belges de Chirurg. Nr. 2, Dec. 1925, p. 1066. Radiografia poate procura date suficiente şi extrem de precise, aşa încât azi se poate deosebi un osteosarcom de o tumoare benignă osoasă, de un chist

esențial osos, de o osteomielită acută sau larvată, de o osteită tuberculoasă sau sifilitică sau de o artrită tuberculoasă, boli ce-și au fiecare pecetea radiografică caracteristică, ce nu mai permite în ora actuală vreo confuzie. Problema traumatismului prezintă tot atâtea necunoscute și în ora actuală ca și în 1880 când Schwartz, sau în 1899 Pollosson și Berard, recomandau deopotrivă amputația sau desarticulația unui întreg membru, operațiuni mutilante ce se soldau cu șanse foarte slabe de însănătoșire și care dădeau un procent de 90% mortalitate în primul an la osteosarcoamele globo celulare supraviețuiri ce nu depășeau de 3 ani în formele fuzo-celulare.

De asemeni perioada tratamentului conservator preconizată de Mikulicz, Heurtaux ș. a. constând în curetage, ablațiuni localizate, fu repede părăsită chiar de preconizatori pentru desiluziile aduse. Urmă apoi perioada rezecțiilor mai mult sau mai puțin întinse, urmată de grefe și mult susținută de autorii ei în frunte cu Lietze, Albertin, Gangolphe și Tixier, căzută de asemeni în disgrație din cauza relelor rezultate obținute tocmai în cazurile de osteosarcoame veritabile, succesele fiind în realitate obținute pe membre purtătoare de tumori cu myeloplaxe ce azi nu mai sunt considerate ca tumori maligne sau chiar și în cazuri de formațiuni osoase benigne.

De altminteri chiar în cazurile unde malignitatea este sigură, nu ne putem decide cu ușurință la operațiuni mutilante. La acest abstenționist sau mai bine zis conservatorism școala Americană își are partea ei de laudă. Codman în 1922, pe 454 de cazuri de osteosarcoame operate în America de Nord, n'a găsit decât în 1% din cazuri o supraviețuire de 4 ani, restul murind chiar din primul an, nu atât de recidive locale, cât de generalizări pulmonare, hepatice sau rachidiene.

In ultimul timp radioterapia pare să fi adus oarecare noui speranțe pe ecranul terapeuticei osteosarcoamelor, prin ameliorările și chiar vindecările date mai ales în formele fuzo-celulare unde Regaud dă 6 vindecări, datând de aproape 5 ani pe 7 cazuri tratate. Contradicțiile acestei metode sunt purtate asupra dozei de R. (ionometrul lui Salomon dă unități în R. după care se lucrează în radioterapie) ce trebue să se facă acestor pacienți și care nu-i încă bine precizată. Bunul simț ca și capacitatea științifică a radiologilor moderni a condus și aici la regula fixă, aceea de a nu depăși doza eritem, făcându-se un tratament constând din faze de 6 ședințe a câte 1000—1500 R. zilnic, prin diferite porți de intrare.

Ameliorarea începe chiar dela prima ședință, regresia tumoarei observându-se și continuându-se repede. Dacă regresia nu-i com-

pletă se mai repetă o fază. Acest tratament pare lipsit de eficacitate în osteosarcoamele osteogenice, în globocelulare şi în recidivele locale.

Pentru Tavernier din Lyon intervenţia chirurgicală în osteosarcoamele membrelor trebue să urmeze numai în acele cazuri în cari radioterapia s'a soldat cu un eşec şi aceasta nu înainte de a fi lăsat să se scurgă un timp suficient dela ultima fază R.

Radioterapia cu scop profilactic trebue făcută oridecâteori se procedează la extirparea unei tumori osoase, osteom sau exostoze post traumatice, spre a preveni gravitatea unor recidive locale.

Autorii Americani recomandă efectuarea unei faze radioterapeutice pulmonare cu titlu preventiv. In cazul nostru chiar dacă bolnavul ar fi consimţit la operaţie mărturisim sincer că nu ştim la ce tratament ne-am fi oprit, în faţa revelaţiei radiografiilor făcute şi unde se pot vedea în extremitatea superioară a tibiei ca şi în $^1/_3$ infero externă a coapsei noduli suspecţi de metestaze, încurcătură ce azi a fost confirmată de starea precară a bolnavului revăzut la un interval de 5 luni.

Bibliografie.

1. Archives Franco-Belges de Chirurg. Nr. 2, Dec. 1925, pag. 1066.
2. Lyon Chirurg. T. XXXIV Nr. 1, Janvier-Fevrier 1927, p. 52.
3. Willis C. Campbell (Sarcomes osteogeniques). Amer. Journ. Of. Surg. Vol. XX, lunie 1933.
4. Presse Medicale 21 III. 934. L'interet de la Biopsie dans le diagnostic des lesions multiples du squelette.
5. Presse Medicale 11 VII. 1934. Sur la clasification et le diagnostic radiologiques des sarcomes osseux.
6. Presse Medicale 16 XI. 1935, p. 1842, osteite fibreuse deformante de Paget et sarcome.
7. Arch. de Radiol. XI. Nr. 2, Martie-Aprilie 1935. Tumeurs d'Ewing.
8. Journal de Radiologie Nr. 3, 1935. Osteosarcom la bolnavii atinşi de maladia lui Paget.
9. Presse Medicale 22 II. 1936. Sarcomul extremităţei superioare a humerusului.
10. Journal de Radiologie, lulie 1936. Condrosarcomul humerusului.
11. Traite de Chirurg. Clinique et operatoire par Le Dentu et P. Delbet. Tome II, pag. 751.
12. Congres Francais de chirurgie 1936, pag. 448. Iconografia radiografică a tumorilor osoase de M. Tanervier.

Institutul Clinic de Balneologie şi Fizioterapie Cluj.
Director Prof. **Dr. M. Sturza**

Modificările vitezei de sedimentare a hematiilor în reumatismele cronice sub acţiunea balneoterapiei.

de **Dr. Eugen Morariu,**
asistent universitar şi medic balneolog la Sovata.

In cursul anului trecut am avut ocazia să urmărim tratamentul balnear la o serie de bolnavi, trimişi cu acuze reumatismale, în staţiunea balneară Sovata. Luând viteza de sedimentare, drept criteriu în judecarea şi aprecierea evoluţiei afecţiunilor reumatismale în urma tratamentului balnear, am urmărit în ce fel se comportă această examinare de laborator în comparaţie cu starea subiectivă şi obiectivă a bolnavului. Tehnica şi aparatura de care ne-am servit în examinările noastre a fost cea a lui Westergreen.

Viteza de sedimentare este urcată în toate cazurile de inflamaţiune, în cazurile în care are loc în organism un proces de destrucţiune celulară care merge paralel cu un număr crescut de leucocite. Reumatismele se încadrează între afecţiunile inflamatorii, deci între îmbolnăvirile care atrag după sine o viteză de sedimentare mai accelerată, chiar şi în manifestaţiunile cronice ale acestei îmbolnăviri...

Materialul uman asupra căruia ne-am extins cercetările noastre au fost pacienţi trimişi de Casa Asigurărilor Sociale, în cea mai mare parte muncitori sau mici meseriaşi. Timpul scurt cât au stat în staţiune (între 15—21 zile) a adus cu sine ca tratamentul să fie oarecum forţat şi aceasta nu din vina medicilor curanţi ci din vina pacienţilor. Puţini dintre pacienţi s'au conformat întocmai prescripţiunilor de cură şi aceştia au obţinut rezultatele cele mai bune. Ceilalţi, având bilete de baie gratuite şi socotind, că o cură balneară este cu atât mai eficace cu cât comportă un număr mai mare de băi, nu s'au restrâns la procedurile prescrise, ci în afară de acestea au

mai luat, aproape zilnic băi de lac, care acţionează ca oricare procedură balneară intensă, iar alţii n'au respectat nici măcar zilele de repaus intercalate în decursul tratamentului. Din aceste motive rezultatele, atât subiective, cât şi obiective, n'au fost întru totul la înălţimea aşteptărilor noastre. La noi în ţară încă nu avem formată o mentalitate şi o tradiţie a tratamentului balnear. Mare parte din publicul care frecventează staţiunile noastre balneare, consideră tratamentul balnear ca un divertisment sau amuzament. Aceasta se referă cu deosebire la băile în aer liber în lacurile noastre sărate concentrate, pe care le găsim fie naturale, fie sub forma de basinuri, răspândite dealungul masivelor de sare din ţară. Apele sărate, acţionează asupra organismului nu numai în baza concentraţiei şi a temperaturii lor, ci în legătură cu concentraţia, prin presiunea osmotică mare ce o au şi prin diferenţa de potenţial electric faţă de umorile organismului. Or, în aceste lacuri clorură-sodice concentrate, unde întreg tegumentul vine în contact cu apa sărată se nasc o sumedenie de influinţe electrice, care recepţionate de reţeaua nervoasă din tegument, influinţează, prin sistemele vegetative, marile funcţiuni glandulare şi nutritive ale organismului. Din cauza presiunei mari, circulaţiunea din tegument este influinţată în timpul băii, curentul sanghin primind o direcţie spre organele interne, iar după încetarea acţiunei agentului extern se produce un aflux de sânge în vasele tegumentare, o iperemie cu consecinţa unor mai bune referinţe de nutriţie. Or, ştim ce importanţă are stimularea circulaţiunii periferice în toate procesele inflamatorii şi importanţa mare imunbiologică ce se atribue pielii. Rezultatele terapeutice obţinute prin băile sărate în liber ar putea să fie mult mai mari pe lângă o sistematizare a tratamentului din partea medicilor specializaţi în balneologie şi pe lângă acceptarea din partea bolnavilor a unui control medical, în tot timpul curei. Cu progresul şi evoluţia acestei mentalităţi beneficiul balneoterapiei va fi mai mare, iar publicul va ajunge la convingerea, că supraveghierea care i se impune este numai în interesul său şi nu are nici o altă justificare.

Efectul şi modul de acţiune a unei cure balneare se poate constata în mod obiectiv, mai bine, prin examinarea biochimică în primul loc a sângelui, apoi a altor produse ale organismului. Tocmai pentru aprecierea modificărilor survenite în decursul tratamentului, care ne dau indicii asupra felului cum putem să facem o schimbare în prescripţie, un mare neajuns îl formează rezistenţa cu care se supun pacienţii examinărilor necesare. O foarte mare parte dintre pacienţi au impresia, că recoltarea de sânge se face fără nici un

motiv serios, că prin emisiunea de câțiva cc. de sânge se anemiază, fără să poată recâștiga această cantitate de sânge tot timpul cât mai rămân în tratament. Această mentalitate trebue s'o influințăm mai mult la bolnavii asigurărilor sociale. Aceștia, în general, au interesul de a și prelungi cât mai mult boala pentru a putea beneficia de ajutoarele de boală pe care le acordă această instituțiune. Este știut, că procentul de vindecare și convalescență fie după boli infecțioase sau după operații sau accidente este mult prelungit la bolnavii caselor asigurărilor sociale nu numai din cauza condițiunilor sociale ale muncitorului, ci mai intervine și partea psihică care se opune progresului rapid de vindecare. Prin cercetarea vitezei de sedimentare în afecțiunile reumatismale, noi putem să avem oarecare semne obiective asupra progresului inflamațiunii, știind că prin diminuarea procesului inflamator diminuiază și viteza de sedimentare a globulelor roșii. Or, știind cum evoluiază procesul inflamator, ne putem mai bine orienta asupra tratamentului de complectare pe care va trebui să-l urmeze bolnavul după plecarea din stațiune, deci după terminarea tratamentului balnear. Rolul medicului balnear nu se limitează numai la formularea unei prescripțiuni pentru timpul cât pacientul rămâne în stațiune, ci cunoscându-i felul de reacțiune, el trebue să dea indicații pentru eventuala continuare de tratament după plecarea din stațiune și în această privință ne stă la dispoziție atât fizioterapia, utilizată pe o scară întinsă, cât și diferitele proceduri hidroterapeutice, care pe lângă simplitatea lor, întrebuințate un timp mai îndelungat au rolul de a continua procesul de vindecare. Pacienții vor trebui să fie foarte bine controlați și la plecarea din stațiune nu numai la începutul curei balneare. Trebue însă să contăm întotdeauna, că 30—40% dintre pacienți nu mai revin pentru control și aceasta nu din motivul de a se sustrage achitării taxei medicale, ci mai mult pentru a-și neglija propriul lor interes. Dintre bolnavii pe care i-am avut în stațiunea noastră, în timpul lunei August, trimiși de Casa Cercuală, aproximativ 40% n'au mai venit să fie consultați înainte de plecare și deci nu li s'a putut recolta nici sânge în scopul de-a avea date comparative între valorile dela începutul și finele tratamentului balnear. Din această cauză rezultatele, pe care ne permitem să le prezentăm, au această lacună, de-a lăsa la o parte pe aceia care n'au revenit pentru control. Ceea ce am observat a fost faptul, că în general n'au revenit pentru control aceia, care la prima examinare au fost găsiți mai puțin bolnavi și cari prezentau valori ale vitezei de sedimentare mai aproape de normal. Aceasta ne este un

indiciu, că starea lor s'a ameliorat suficient de mult sau în așa măsură, încât n'au mai resimțit nevoia unei reexaminări la plecare.

Din un număr de 34 bolnavi pe care am avut ocazia să-i consultăm în luna August, din cei 50 trimiși de Casa Asigurărilor Sociale, și cărora li-s'a recoltat sânge pentru determinarea vitezei de sedimentare, un număr de 25 au revenit pentru a fi examinați la plecarea din stațiune și pentru a li-se recolta sânge și a doua oră. Rezultatele obținute le-am grupat în trei categorii, după felul cum s'a comportat această analiză de laborator față de prima examinare.

Din totalitatea bolnavilor supuși examinării, un număr de nouă au obținut atât rezultate subiective, cât și obiective foarte importante, scăzând valoarea vitezei de sedimentare între 60—20% față de valoarea inițială. Așa spre ex. un pacient care prezenta la începutul tratamentului o viteză de sedimentare de 36, ajunge după tratamentul balnear la o viteză de sedimentare de 11; un altul cu o viteză de sedimentare de 53, ajunge la 25 după tratament; în alt caz se ajunge dela 28 la 19 după un tratament balnear de 10 zile; alt bolnav cu o viteză de sedimentare de 26, ajunge după un tratament de 2 săptămâni la 10 v. s., deci în toate cazurile modificări remarcabile, înspre bine.

O altă categorie de bolnavi, în număr de 7 au prezentat aceeași valoare a vitezei de sedimentare și la finele tratamentului balnear ca și la început. Acești bolnavi d. p. d. v. subiectiv s'au ameliorat puțin sau a rămas cu durerile în aceeași intensitate ca și la sosirea în stațiune. Acești pacienți au fost, în general, mai slab conformați decât cei din prima categorie și au reacționat mai puțin la tratamentul balnear. Unii dintre acești bolnavi au făcut băi în număr prea mare, ceea ce credem le-a angajat prea mult organismul. Unul dintre bolnavii din această categorie, cu o viteză de sedimentare de 44 prezenta o afecțiune de natură bacilară la pulmonul drept, aceasta explicând pe deplin valoarea urcată a vitezei de sedimentare, pe lângă acuzele reumatismale pe care le prezenta. Cu tot tratamentul foarte puțin intens, câteva băi sărate de jumătate, călduțe la 36—37° C, cu o durată de 10—12 minute, n'au influințat întru nimic nici starea sa subiectivă, nici viteza de sedimentare. Era un pacient nepotrivit pentru stațiunea noastră, dar fiind trimis de instituțiunea de care depindea, a fost reținut de noi mai mult în scopul de a-i da posibilitatea să se odihnească decât să se trateze.

In fine o a treia categorie de bolnavi, în număr de nouă, au prezentat valori ale vitezei de sedimentare mai urcate la finele tratamentului balnear decât la început. Urcările au atins 20—30% față

de cifrele inițiale, așa dela 16 se ajunge la 21; dela 35 la 42; dela 19 la 24; dela 22 la 36, iar într'un caz dela 34 la 60. In această categorie au intrat 4 femei care erau sau în timpul menstruației sau 2—3 zile înainte de menstruație. Subiectiv toate s'au simțit foarte mult ameliorate de tulburările reumatismale și de acuzele de basin, pentru care au fost trimise în stațiune. Obiectiv la două dintre bolnavele acestei categorii afecțiunea ginecologică aproape complet vindecată, la celelalte ameliorată. Viteza de sedimentare a prezentat aici valori mai ridicate din cauza menstruației. Poate se va face obiecțiunea, că nu trebuia să se recolteze sânge pentru această reacțiune tocmai în timpul menstruației. Este foarte justă această observație, însă bolnavele fiind trimise în stațiune la interval de 5—6 zile, erau necesitate să plece la expirarea timpului pentru care au fost trimise. Dintre ceilalți bolnavi, aproape toți prezentau dantura într'o stare foarte proastă, sau prezentau focare amigdaliene cu ganglionii submaxilari ușor prinși, denotând focare infecțioase în activitate. Cu toate că subiectiv bolnavii s'au simțit mai bine la plecare, totuși nu-i putem încadra în grupul celor ameliorați, fiindcă, prezentând focarele din cavitatea bucală, se menține și maladia dependentă. Acestor focare li-se dă astăzi o importanță foarte mare, mai ales de către școala germană și americană. Or, reumatismele, pe lângă că nu-și au încă agentul patogen identificat, sunt într'o mare parte întreținute, dacă nu chiar produse, de focare stafilococice sau streptococice, care stau sub o anumită tensiune și care fie prin toxinele ce trimit fie printr'o ușoară bacteriemie dau puseurile reumatismale care se repetă. Pentru a obține rezultate terapeutice cât mai bune prin balneoterapia artritelor și în general a afecțiunilor reumatismale, va trebui să căutăm cu cea mai mare atențiune focarele de întreținere, să le extirpăm dacă le-am descoperit și astfel efectul tratamentului aplicat ulterior va fi mult mai satisfăcător și lipsit de recidive.

Rezultatele acestea ne permit să afirmăm, că prin tratamentul balnear cu apele sărate și nămolurile din Sovata — cu care am lucrat noi — se influințează în mare măsură afecțiunile reumatismale cronice, atât subiectiv, cât și obiectiv. Dacă considerăm scăderea vitezei de sedimentare ca un semn de diminuare a procesului inflamator, acțiunea acestor băi este foarte evidentă afară de cazurile ținând de focare infecțioase în stare de latență și care printr'un tratament mai intensiv pot să fie readuse la activitate. Ne-am permis să publicăm rezultatele noastre pe deoparte pentru a releva importanța mare ce trebue să se acorde în toate cazurile de reumatisme

focarelor infecţioase în stare latentă, iar de altă parte pentru a releva beneficiul ce-l pot obţine bolnavii reumatici prin balneoterapie. Problema combaterii şi tratamentului reumatismelor este o problemă socială, care priveşte nu numai raporturile dintre medic şi pacient, ci interesează colectivitatea şi aceasta cu deosebire în cadrul Asigurărilor sociale. Această instituţie este obligată să plătească foarte mari ajutoare de boală pentru afecţiuni reumatismale sau rente de invaliditate derivând din aceleaşi îmbolnăviri. Aici cu deosebire trebue să se dea o mare importanţă, atât formelor acute, cât şi celor cronice de reumatisme şi să se depisteze focarele care întreţin continue puseuri de recidive.

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de **primul rang**, conţinând **Fe-Mn-P-şi As** în **forma cea mai activă**. Prin **formarea ferului şi manganului redus în statu nascendi**, adecă în starea **cea mai resorbabilă şi asimilabilă**, de o **toleranţă stomaco-intestinală perfectă**.

PREŢUL: 1 fl. de 250 gr. cu şi fără arsen **Lei 98·—**.

Deci prezintă mijlocul suveran pentru tratarea stărilor anemice şi urmările lor.

Mai e indicat: la **boale nervoase**, în **neurastenie**, în **astenie şi surmenaj general**, în **covalescenţă**, în **tbc. generală şi pulmonară**, în **diatezele exudative**, în **rachitism**, în **boalele tubului digestiv** şi ale **nutriţiei**, în **eczemele cronice**.

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriţe.

Desfacerea produsului:

Farmacia O. ALESI, Sebeş-Alba.

Spitalul Public Sibiu. — Serviciul chirurgical.
Medic-primar Director Docent Dr. Filipescu.

Sialolitiaza, în legătură cu un caz.

de **Tiberiu Iacob,** medic auxiliar.

Am crezut interesant a discuta în acest articol despre această rară afecţiune şi a descrie un caz ce l-am avut în serviciul nostru. Vom vedea mai târziu de ce credem cazul nostru interesant şi am ţinut a-l publica. Inainte de a trece la descrierea cazului, mă voiu opri puţin asupra etiologiei şi simptomatologiei acestei afecţiuni, care tocmai prin raritatea ei este şi puţin cunoscută.

De Closmodeuc într'o teză a sa, pune în evidenţă raritatea acestei afecţiuni şi mai ales la etatea ce n'a depăşit 20 ani. Tot el arată şi unilateralitatea litiazei salivare. Ca sediu de predilecţie el specifică canalul lui Warthon, glandele submaxilare şi sublinguale. Ca volum sunt mici, ca o alună, rareori depăşind aceste dimensiuni.

In etiologia acestei afecţiuni se înrimineazâ tabagismul, lipsa higienii cavităţii bucale, corpii străini — tartrul dentar — şi modificările chimice ale salivei.

In realitate azi se admite ca, cauză determinantă a acestor calculi precipitarea salivară, iar în centrul acestor calculi prezenţa microbilor. Aceasta ar reprezenta teoria inflamatoare a cărei susţinători sunt: Klebs pe de o parte şi Gallipe. Ca dovadă că aceşti calculi ar fi de natură microbiană, Gallipe a demonstrat în 1886, că centrul unui astfel de calcul era format dintr'o aglomerare de microbi.

Aceste concreţiuni salivare le găsim la nivelul tuturor glandelor salivare dar mai cu seamă în glandele salivare şi canalul lui Warthon. Acesta din urmă reprezintă 90% din calculoza salivară. Calulii sunt unici sau chiar multipli, de formă diferită, rotundă sau ovalară neregulată. Sunt constituiţi din fosfaţi, carbonaţi sau materii organice, iar la Roentgen prezintă o opacitate pronunţată şi rar trec de greutatea de 20 grame.

Prezenţa nu este dăunătoare numai pentru glanda respectivă unde îşi are sediu calculul. De multe ori dau leziuni de vecinătate şi în special a canalului respectiv. De regulă însă avem numai in-

flamaţia glandei, care devine cronică, dând totodată şi o mărire de volum a glandei. Mult timp însă trece neobservată, nedând nici o jenă, afară de apariţia unei tumori în regiunea parotidiană, a planşeului bucal sau a glandei submaxilare; depinde după sediul calculului. De multe ori, ca urmare a calculozei se prezintă şi un abces.

Diagnosticul acestei afecţiuni în general nu este de stabilit. Uneori putem fi derutaţi şi nu ne clarificăm decât atunci când abcesul se deschide spontan sau când îl incizăm, apărând totodată şi calculul. Radiografia este salvatoare şi ne clarifică oridecâteori suntem în dubiu. Diagnosticul litiazei glandelor salivare trebue să-l deosebim de acela al litiazei canalelor lui Stenon şi Warthon.

Litiaza canalelor se prezintă din contră precoce, faţă de cea glandulară, care este tardivă, nemanifestându-se după cum am spus, prin nici o jenă. Aceste tulburări date de calculoza canalelor diferă cu mult de cea a glandei şi se manifestă printr'o jenă f. pronunţată, percepută mai ales în timpul masticaţiei sau a fonaţiei.

Calculoza warthoniană se manifestă prin aşa zisa *colică salivară*. Aceste colici nu sunt altceva decât dureri vii, acute, în timpul meselor, cari iradiază în planşeul bucal, concomitent cu o tumefiere ce apare în regiunea sublinguală sau submaxilară. Această tumefiere este dată de saliva ce se secretă în abundenţă în timpul mesei, care se acumulează în canal, fără să se poată evacua din cauza calculului care este prezent. Este deci o stagnare a salivei în canal şi care natural că va trebui să se dilate, dând astfel o tumefiere la locul respectiv. După câteva minute saliva inundează cavitatea bucală. Toate aceste fenomene descrise aci în cadrul colicei salivare sunt caracteristice litiazei warthoniene.

Pentru o cât mai bună clarificare a sediului litiazei canalelor, amintim o noţiune de anatomie şi anume că, canalul lui Warthon se varsă de o parte şi de alta a frenulei linguale, iar al lui Stenon, la nivelul primului sau al doilea molar superior. Palparea ne dă un indiciu foarte preţios în caz de calculoză a acestor canale, cât şi a glandelor salivare. Natural că se va putea executa şi cateterismul acestora.

Tratamentul litiazei salivare este exclusiv ablaţia calculului salivar. Intervenţia se face pe cale intrabucală, pentru a evita o ulterioară fistulă salivară. O vindecare simplă şi definitivă se obţine prin extirparea glandei în întregime împreună cu canalul respectiv.

După cele expuse până aci, să trecem la descrierea cazului nostru şi a arăta totodată de ce l-am crezut interesant de publicat.

Am spus înainte că litiaza salivară se prezintă rar la o etate mai mică de 20 ani. Ori cazul care-l prezentăm noi este o fetiţă de 16 ani.

Spuneam încă, că în volum nu trece de mărimea unei alune, iar în greutate 20 grame. In cazul nostru calculul era mult mai mare şi ca volum şi ca greutate. Avea formă ovalară cu diametrul cel mare de 5 cm., iar cel mic de 3 cm.

Şi în urmă, situaţia calculului diferă de cea descrisă până aci şi care situare ne-a silit să adoptăm o altă cale de intervenţie, decât cea descrisă. Datorită situării calculului şi volumului său, am adoptat calea extrabucală şi nu cea intrabucală descrisă în tratate.

Bolnava L. P. în etate de 16 ani, de profesiune lucrătoare de fabrică. Intrată în serviciul nostru în ziua de 29. XI. a. c. Subiectiv, bolnava acuză o tumefiere la nivelul feţei drepte, care a început să-i apară acum 3 luni. A crescut în volum fără să o supere. Nu i-a provocat nici o durere, până acum o săptămână, când a perceput mai mult o greutate în masticaţie decât o durere. Bolnava se prezintă medicului fabricei, care i-a indicat intervenţia.

Asupra examenului obiectiv general şi antecedentelor heredo-colaterale şi personale nu cred nimerit a insista.

La examenul local se constată o tumefiere a feţei drepte, tumefiere care tinde a fi localizată cam la nivelul molarilor I—II a maxilarului inferior, cu puţin deasupra şi înaintea unghiului maxilarului inferior drept. Această tumefiere este puţin hiperemică. La palpare se simte o tumoră dură, pietroasă, aderentă mai mult de epiderm. Nu este mobilă, nici dureroasă decât la palpaţie puternică. Unghiul de deschidere a cavităţii bucale este normal. Nici o durere la nivelul parotidei sau glandelor submaxilare. Pentru verificarea diagnosticului de litiază salivară nu mai credem necesar a o supune unei radiografii.

In ziua de 30 XI. a. c., intervenim pe cale extrabucală. Am adoptat această cale pentru motivele specificate mai sus. Facem o incizie paralelă cu maxilarul inferior drept la nivelul molarilor I—III inf. Decolăm pielea şi intrând cu un stilet în ţesutul subcutanat dăm imediat de o rezistenţă dură, dată de calcul. Decolăm cât putem pielea în jur, fără a mai mări incizia şi punem în evidenţă calculul încapsulat într'un ţesut sclero-conjunctiv. Extirpăm calculul împreună cu capsula. Facem hemostaza cu fire de catguth, suturând la fel şi ţesuturile din profunziune cu fire de catguth. La suprafaţă întrebuinţăm sutura cu fire de mătasă. Pansăm şi lăsăm plaga operatorie în repaus. In ziua intervenţiei bolnava prezintă (la orele 4 p. m.) ascensiuni febrile de 37.4. In celelalte zile totul decurge normal. La 8 zile scoatem firele, plaga este vindecată „per primam", iar bolnava părăseşte serviciul nostru.

Maternităţi rurale.

de **Dr. I. Stoichiţia.**

In şedinţa festivă a Marelui Consiliu al Asociaţiei Generale a Medicilor din România din 27 Noemvrie 1937, Domnul Ministru al Sănătăţii *Dr. Costinescu*, schiţând programul de activitate al Ministerului, a insistat în mod deosebit asupra necesităţii de a se asigura o cât mai bună asistenţă a naşterilor din mediul rural şi în acest scop D-sa a preconizat o serie de măsuri care urmează să fie aplicate cât mai neîntârziat.

Intre aceste măsuri în primul loc stă *sporirea numărului de moaşe diplomate pentru sate* şi *înfiinţarea de maternităţi rurale* pe lângă dispensarele existente şi pe lângă cele ce se vor mai construi de aici înainte.

Inregistrăm cu o deosebită bucurie hotărârea Ministerului de a rezolvi fără întârziere grava problemă a asistenţii gravidelor din mediul rural şi ne arătăm satisfacţia că punctul nostru de vedere exprimat în chestiunea moaşelor comunale prin articolul publicat în Nr. 8—10 al „Sibiului Medical“ din 1937 este aproape integral acceptat şi de Minister, primind un început serios de realizare prin „Regulamentul pentru şcoalele elementare de moaşe“ promulgat în Monitorul Oficial Nr. 265 din 16 Noemvrie 1937.

Ne permitem totuşi a insista şi cu acest prilej asupra necesităţii de a se asigura *minimul de existenţă* pentru moaşele rurale, fie prin salarizarea lor integrală de către comune, fie prin acordarea unor subvenţii sau întregiri de salariu din partea Ministerului în comunele sărace cari din bugetele proprii nu pot asigura plata întreagă a salarului cuvenit moaşei comunale. Pentru asigurarea resurselor bugetare necesare acestei operaţiuni, noi am preconizat suprimarea din Bugetul Ministerului Sănătăţii a tuturor posturilor de moaşe oficiale dela comunele *urbane*, cari pot salaria cu uşurinţă acest personal din mijloacele proprii şi din sumele astfel economi-

site de către Minister, să se formeze un fond global, din care să fie apoi subvenţionate comunele rurale sărace pentru a putea angaja fiecare câte o moaşă comunală diplomată. Găsindu-ne în preajma alcătuirii noului buget pe anul financiar 1938/39, repetăm această propunere pe care o socotim necesară şi utilă în interesul sănătăţii satelor noastre.

In ceea ce priveşte reforma preconizată de Domnul Ministru *Dr. Costinescu,* prin înfiinţarea de *maternităţi rurale*. credem că prin aceasta instituţie, dacă ea va fi bine încadrată în angrenajul serviciului sanitar rural, se va putea aduce un folos însemnat sănătăţii publice, combătându-se în mod real mortalitatea maternă şi mortalitatea infantilă atât de urcate în mediul rural.

Socotim că înfiinţarea acestor instituţii se va putea face fără sacrificii materiale prea însemnate şi în condiţiuni tehnice dintre cele mai bune. Va trebui ca pe lângă fiecare dispensar să se amenajeze câte o mică *sală de naştere* amenajată cu utilajul strict necesar, câte *o cameră cu 3—5 paturi pentru gravide* şi o mică *bucătărie de lapte*, care va putea fi utilizată şi ca bucătărie demonstrativă pentru prepararea alimentelor elementare necesare în gospodăria ţărănească. Actualele dispensare completate cu cele trei încăperi vor deveni astfel instituţii sanitare mai largi şi mai complete putând face faţă, atât necesităţilor de ordin curativ, cât şi celor de ordin preventiv în sensul „*Caselor de ocrotire*“ preconizate în dispoziţiile din art. 149—150 din actuala Lege sanitară.

Având la dispoziţie la reşedinţa fiecărei circumscripţii sanitare rurale câte o asemenea instituţie bine utilată şi dispunând şi de personalul necesar: medic, soră de ocrotire şi moaşe diplomată, se va putea începe cu multe şanse o serioasă acţiune preventivă în domeniul combaterii mortalităţii materne şi mortalităţii infantile. Moaşele şi acolo unde sunt, surorile de ocrotire vor înregistra şi vor ţinea în evidenţă toate gravidele din comună pe cari le vor supraveghea în mod permanent şi le vor aduce în mod periodic la *consultaţiile prenatale* dela dispensar. Prin supravegherea continuă şi prin consultaţiile prenatale se va putea face o serioasă educaţie igienică a gravidelor şi vor putea fi influenţate familiile respective pentru o protecţie cât mai largă a femeilor gravide în perioada prenatală. Prin examenele periodice se vor da îndrumări gravidelor şi se vor putea selecţiona din timp cazurile anormale sau patologice cari necesită la actul naşterii o intervenţie medicală mai serioasă. Aceste cazuri se vor îndruma de către medic la spitale sau maternităţile din capitala judeţului, iar celelalte cazuri şi în deosebi pri-

miparele se vor interna în maternitățile rurale cu cel puțin zece zile înainte de naștere. In aceasta perioadă de 10 zile femeia gravidă va fi pregătită pentru actul nașterii, iar la naștere va fi asistată de o moașe competentă și de medic, având astfel toate garanțiile unei asistențe corespunzătoare. După naștere, atât femeia lăuză, cât și copilul nou născut vor fi îngrijiți după toate regulele științei timp de încă cel puțin 10 zile, evitându-se pe această cale multiplele complicațiuni inevitabile, atât pentru mamă, cât și pentru copil atunci când nașterea se face în mediul familiar, adeseori în cele mai detestabile condițiuni. In aceasta perioadă post-natală de 10 zile femeia lăuză își va putea însuși în mod practic cunoștințele elementare privitoare la îngrijirea rațională a noului născut și se va familiariza cu o serie întreagă de practici privitoare la igiena individuală și igiena locuinței.

După plecarea din maternitate, atât mama, cât și copilul nou născut vor rămânea și pentru mai departe sub controlul și supravegherea sorei de ocrotire sau a moașei, frecventând în în mod regulat *consultațiile de puericultură* dela dispensar și beneficiind în mod permanent de controlul competent al medicului, precum și de asistență medicală corespunzătoare în caz de boală.

La bucătăria de lapte, în cazuri indicate femeile vor putea primi un lapte preparat după toate criteriile igienice și își vor putea însuși tehnica necesară preparării laptelui la domiciliu.

Astfel, prin maternitățile rurale, femeile gravide vor fi supravegheate și controlate în mod permanent; vor beneficia de o bună pregătire în perioada prenatală; vor avea o asistență competentă la naștere și vor primi o educație igienică corespunzătoare, precum și o asistență medicală competentă în cazuri de boală. Efectele binefăcătoare ale acestor mici și nepretențioase instituții sanitare rurale, se vor manifesta de sigur, printr'o scădere a mortalității materne și infantile din mediul rural, aducându-se prin aceasta o contribuție dintre cele mai serioase pentru promovarea sănătății publice.

Ideea înființării acestor instituții va trebui deci îmbrățișată și susținută cu toată căldura de către întreg corpul medical pentru ca în cât mai scurtă vreme să poată lua ființă cât mai numeroase maternități rurale, contribuindu-se prin aceasta într'o largă măsură la progresul sanitar al satelor noastre.

Dispensarul comunal.

Prin crearea numeroaselor noui circumscripţii sanitare rurale din ultimul timp a început procesul natural şi mult aşteptat al drenării surplusului de medici dela oraşe înspre mediul rural. La aceasta îmbucurătoare situaţie a contribuit într'o largă măsură şi urcarea salariilor medicilor sanitari rurali la un nivel care întrece pe cel al medicilor urbani şi care în condiţiile de azi poate asigura nevoile de traiu ale unei vieţi modeste la ţară. Concomitent cu aceasta majorare a numărului personalului medical rural a luat un avânt crearea instituţiilor sanitare rurale prin înfiinţarea numeroaselor dispensare cu locuinţă pentru medici, infirmerii şi altele. Fără a putea spune că am atins limita satisfăcătoare a unei înzestrări şi organizări complete, totuşi putem spune că s'a ajuns la o stare de fapte care poate satisface în mare măsură nevoile medicale ale populaţiei noastre dela ţară.

Prin înmulţirea circumscripţiilor sanitare rurale şi îmbunătăţirea salarului medicilor s'a satisfăcut o parte a doleanţelor corpului medical şi în acelaş timp cu satisfacerea acestor doleanţe s'a ajuns la o mai largă asistenţă medicală în mediul rural.

Situaţia aceasta satisface deci momentan ambele părţi interesate în această problemă: medicul şi publicul. Dacă analizăm însă mai de aproape această situaţie vom descoperi că ea nu se prezintă atât de simplă cum s'ar părea dela prima examinare, ba mai mult chiar ea cuprinde o stare de fapte cari aduc noui şi noui piedeci în calea realizărilor dorite.

Să le examinăm:

In vederea înzestrării circumscripţiilor sanitare rurale cu instituţiile unde medicul de circumscripţie să-şi poată organiza şi executa îndatoririle sale medicale s'au înfiinţat numeroase dispensarii dintre cari unele cu locuinţă pentru medici, locuinţă pentru sora de ocrotire, infirmerie şi altele, după împrejurări. In privinţa aceasta nu s'a procedat după un sistem sau tip unic ci după posibilităţile locale.

Dacă am încerca să facem un inventar patrimonial al tuturor circumscripţiilor sanitare rurale din ţară vom găsi întreaga variaţie dela cele mai complet înzestrate cu dispensare, infirmerii, locuinţă pentru medic şi personalul sanitar auxiliar, baie, etc. până la cele unde autoritatea sanitară este reprezentată prin 1—2 camere închiriate de medic pe seama sa ca locuinţă unde se dau şi consultaţii medicale.

Această variaţie dela circumscripţie la circumscripţie atrage după sine situaţii cu totul anormale în ceea ce priveşte asistenţa medicală. Medicul de circumscripţie cu dispensar la sediul său este obligat a da consultaţii gratuite la orice oră de zi sau noapte, în schimb medicul fără dispensar încasează onorar pentru această muncă. Faptul că medicul cu dispensar la reşedinţă profită de avantajul locuinţei în natură n'ar fi un motiv pentru care să i se ceară asistenţă gratuită a locuitorilor deoarece dreptul la locuinţă este comun pentru toţi medicii de circumscripţii. Faptul gratuităţii absolute şi generale la dispensarele rurale nemulţumeşte pe toţi medicii interesaţi şi acest exces de asistenţă este cauza principală care face pe medicul să considere dispensarul ca o povară nedreaptă aruncată pe umerii lui din considerente mai mult teoretice decât de utilitate practică.

In aceste condiţiuni medicul de circumscripţie cu dispensar la sediu va încerca să reducă la minimum munca dela dispensar iar acolo unde nu există dispensar medicul nu va face eforturi să l înfiinţeze.

Dar să ne punem întrebarea: Gratuitatea absolută şi generală la dispensarul rural este o metodă care asigură succesul acestei instituţii în domeniul medicinei curative? Oare condiţiile vieţei rurale actuale dela noi sunt de aşa natură încât impun această metodă ca o condiţie sine qua non în satisfacerea nevoilor medicale ale populaţiei? Inainte de a răspunde la această întrebare să examinăm problema din toate laturile ei şi argumentele ridicate în favorul şi defavorul ei vor aduce poate o clarificare.

Cari sunt argumentele cari impun necesitatea gratuităţii? In prima linie starea economică slabă a întregei populaţii dela ţară. In condiţiile grele de azi cu devalorizarea exagerată a produselor ţărăneşti faţă de cele pe cari ţăranul trebue să le cumpere, ţăranul nu este în stare să plătească medic; medicamente sau spitalul.

Un alt argument este lipsa totală de educaţie a omului dela ţară în problema îngrijirii sănătăţii lui. Neavând această educaţie el nu va căuta asistenţa medicală mai ales dacă aceasta căutare îl

costă bani. Asistenţa gratuită ar avea deci în acest caz rolul de a-l obişnui cu interesul pentru sănătatea sa. Un alt argument ridicat adesea în favorul gratuităţii este faptul că medicul este un salariat al statului şi este obligat deci să stea gratuit la dispoziţia bolnavului mai ales dacă acel bolnav vine şi îi cere ajutorul lui la un dispensar care este o instituţie susţinută tot de stat.

Aceste trei argumente sunt aşezate în cumpăna gratuităţii.

Oricât de întemeiate ar părea aceste argumente se găsesc numeroase şi serioase obiecţiuni contra gratuităţii excesive.

Este adevărat că o parte a populaţiei rurale nu este în stare să-şi plătească medicul şi tratamentul medical necesar, însă aceasta parte nevoiaşă nu cuprind întreaga populaţie rurală. Dovadă că se găseşte o bună parte între ei cari pot şi vreau să cheltuiască pentru sănătatea lor este faptul că o mare parte a instituţiilor medicale particulare mai ales străine dela oraşe îşi recrutează bolnavii din mediul rural. Dar gratuitatea medicală absolută dela dispensare este în contra spiritului Legii sanitare care prevede gratuităţi numai pentru cei lipsiţi de mijloace sau atinşi de boale contagioase.

Argumentul că gratuitatea generală obişnueşte lumea să-şi caute de sănătate nu are o valoare absolută. Ca dispensarul să ajungă într'adevăr o instituţie de propagandă pentru căutarea sănătăţii trebue să cuprindă ca metodă de lucru şi ca înzestrare incomparabil mai mult decât ceea ce reprezintă azi un dispensar rural. In afară de acest deziderat va trebui ca acele dispensare să-şi găsească conducători zeloşi şi entuziasmaţi cari renunţând la tentaţiile materialiste ale zilelor noastre să se identifice cu interesul obştesc al instituţiei ce conduce. Acel dispensar într'adevăr ar putea să devină un focar de propagandă medicală şi sanitară însă atâta timp cât dezideratele de sus nu sunt împlinite nu se poate aştepta un rezultat satisfăcător.

Este adevărat că medicul conducător de dispensar este un salarizat al statului şi sub acest raport i s'ar putea impune obligativitatea gratuităţii la consultaţiile dela dispensar. Am avea deci aceeaşi situaţie ca la medicii dela Casa Asigurărilor Sociale unde pentru un salar fix medicului i se impune examenul şi tratamentul gratuit al tuturor asiguraţilor. Dar situaţia dela Casa Asigurărilor Sociale ar trebui să ne înveţe că acest raport între medic şi bolnav nu produce altceva decât nemulţumiri, atât din partea medicilor, cât şi din partea bolnavilor. Tendinţa generală din toate ţările de a schimba acest raport în sensul liberei alegeri a medicului adică în sensul remunerării muncii medicului în raport cu munca efectuată dovedeşte

clar că acest sistem este defectuos şi ar fi o greşală să se persiste în el. Nu exagerăm dacă afirmăm că gratuitatea excesivă în mediul rural va aduce după sine în mod fatal un efect dezastruos asupra profesiunei medicale. Câţi dintre medicii rurali vor simţi nevoia să-şi completeze cunoştinţele lor profesionale ca să ţină pas cu desvoltarea ştiinţei când aceasta tendinţă costisitoare le va aduce aceeaşi răsplată materială, care o are medicul care s'a oprit la cunoştinţele cu cari a părăsit băncile universităţii ?

Aceste puţine argumente dovedesc suficient că gratuitatea prea exagerată nu poate rezolva integral problema asistenţei medicale din mediul rural şi menţinerea ei pe aceeaşi măsură largă ca în trecut va provoca neajunsuri şi nemulţumiri mai accentuate.

Iată cum credem că s'ar putea reorganiza acest serviciu pentru a putea fi de o utilitate mai practică.

Să se bucure de gratuitate toţi cei trecuţi pe tabloul primăriei ca săraci şi avizaţi la asistenţa medicală gratuită. Pentru această categorie de bolnavi să se fixeze 3 jumătăţi de zile la săptămână pentru consultaţii gratuite la dispensar.

O jumătate de zi la săptămână să fie fixată pentru consultaţii gratuite a sugacilor, preşcolarilor şi gravidelor, la fel câte o jumătate de zi pentru tuberculoză şi boalele venerice.

Pentru şcolari şi premilitari să fie gratuite consultaţiile făcute cu ocazia examinărilor la începutul anului şcolar respective la începutul activităţii premilitare. Tot gratuite să fie consultaţiile pentru şcolari cu ocazia inspecţiei şcoalelor de către medicii de circumscripţie.

Să rămână gratuitatea pentru toate cazurile de boale infecţioase.

Restul populaţiei, care nu intră în una din categoriile de sus, va plăti onorarul stabilit medicului, indiferent dacă consultaţia s'a dat la locuinţa medicului sau la dispensar.

In ceea ce priveşte distribuirea medicamentelor gratuite la dispensar noi credem că risipa mare ce se face cu acest material scump încarcă prea grav bugetul şi propunem să se reglementeze acest ajutor în sensul că medicamente gratuite să se distribue exclusiv sugarilor.

Reglementarea în acest sens a activităţii dispensarelor ar mulţumi în întregime corpul medical şi ar elimina confuzia generală ce există în momentul de faţă.

Dr. I. Cosma.

Revista revistelor.

Recenzie.

In decursul lunei Octomvrie a. c., a apărut Nr. 4 al Buletinului Societăţei de Psihologie Medicală din Sibiu, de sub conducerea dlui Dr. G. Preda, Medic Primar Director Superior al Spitalului de boli mintale din localitate.

Bogatul material ştiinţific ce conţine acest Buletin şi faptul că fiecare articol prezintă câte un rezumat în limba franceză şi germană este un mijloc de propagandă a ştiinţei româneşti peste hotare. Suntem datori să notăm că în România dl Dr. G. Preda este promotorul mişcărei de colaborare între partea clinică şi psihologia experimentală. Sub imboldul aceleiaşi directive dl Dr. G. Preda şi colaboratorii săi nu se mărginesc numai la examinarea de bolnavi, ci caută să transpună acest gen de examinare psihologică experimentală şi în domeniul social.

Este ştiut că tactica fundamentală a medicinei sociale, obligă pe omul de ştiinţă să nu aştepte ca bolnavul cu tulburări psihice să vină sau să fie adus de familie sau autorităţi la spital pentru tratament, — atunci când boala este avansată şi cu greu mai poate fi redat societăţei Trebue deci ca maladiile psihice să fie puse în evidenţă, încă din forma lor latentă, în vederea adaptărei individului la mediul familiar, social şi profesional prielnic constituţiei lui şi numai când necesităţile ar impune izolarea şi tratarea în spital.

Pentru evidenţierea acestui scop al igienei şi profilaxiei mintale, primul articol al *dlui Dr. G. Preda* tratează:

„*Aplicaţiunile psihologiei experimentale în domeniul Igienei şi Profilaxiei mintale*". (Subiect ce a fost tratat ca raport la congresul Societăţei Române de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie, Endocrinologie şi Medicină Legală din Iaşi în anul curent) Ca exemplificare a căutat să cerceteze influenţele mediului social-cultural şi profesional asupra trăsăturilor psihopatice, aplicând la 1100 de subiecţi (în colaborare cu D-rii Stoenescu, Cupcea şi Mateş) din mediul rural şi urban pe deoparte apoi pe profesiuni (agricultorii, muncitorii şi intelectuali), pe de altă parte, a chestionarului de instabilitate emotivă (de tip Woodworth Laird-Heuyer), elaborat şi etalonat de Institutul de Psihologie experimentală din Cluj.

Concluziile la care a ajuns sunt următoarele:

1. Indivizii din mediul urban prezintă un număr mai mare de răspunsuri simptomatice decât cei din mediul rural.

2. Femeile sunt mai susceptibile influenţelor emotive ale mediului urban, diferenţa dintre femeile urbane şi cele rurale fiind mai mare.

3. Din punct de vedere profesional constatăm că pe măsură ce ne ridicăm pe scara profesiunilor creşte numărul răspunsurilor simptomatice Profesiunea agricolă prezintă cele mai puţine răspunsuri simptomatice, profesiunile intelectuale prezintă cele mai multe răspunsuri, iar muncitorii se plasează între aceste două categorii. Acest raport se păstrează atât la bărbaţi, cât şi la femei.

4. Mediile culturale şi profesionale au valoare diferită din punctul de vedere al influenţei lor asupra individului.

Buna organizaţie, siguranţa morală şi materială din aceste mediuri, interesează nu numai partea socială dar constitue şi o problemă de Igienă şi Profilaxie mintală.

Dat fiindcă nu putem modifica totdeauna şi în ansamblu condiţiile mediului ne vom mărgini în multe cazuri a selecţiona indivizi ce urmează să lucreze în acestemedii.

In mediile hiperdinamice şi hipermobile îşi vor încerca deci posibilităţile de adaptare indivizii cu capacităţi intelectuale şi emotivactive suficient de echilibrate.

Privind însă procesul de adaptare aşa precum l-am arătat mai sus credem că şi pentru cei insuficient echilibraţi (constataţii însă de timpuriu) aplicarea imediată a măsurilor de Igienă şi Profilaxie mintală (expuse în cuprinsul lucrărei) poate încă să-şi aducă roadele sale.

Urmează o serie de articole prezentate la diferite congrese internaţionale şi române din anul acesta;

2. Dr. Gheorghe Preda, Stoinescu şi Popescu Sibiu: „*Practica psihoterapiei în România*".

Pentru a avea o idee despre practica psihoterapiei în România, autorii au întocmit un chestionar pe care l'au trimis la 100 de medici ce se ocupă cu psihoterapia. Rezultatele sunt date în concluziile articolului din care amintim numai: că în România psihoterapia se aplică pe o scară întinsă şi în mod sistematic. In special dau foarte bune rezultate sugestia directă, persuaţiunea, psihanaliza, hipnoza, metoda Dubois şi Coué. Fără rezultat este mesmerismul şi spiritismul.

3. Dr. G. Preda şi S. Cupcea: „*Notă asupra dispersiunei în scara de inteligenţă Pinter-Paterson (adulţi şi copii delicvenţi)*".

Autorii au examinat 42 copii normali şi 42 copii delicvenţi între 9—15 ani şi comparând rezultatele au ajuns la concluzia că: dispersiunea este mai mare la copii delicvenţi şi este datorită nu numai instabilităţii emotivităţii şi atenţiei, dar şi incapacităţii mintale, apropiindu-se de dispersiunea oligofrenicilor, paranoiacilor şi epilepticilor adulţi.

4. Dr. Preda, Ionaşiu, Stoenescu, Lungu şi Hefner: „*Intrebuinţarea Pyretoterapiei în Spitalul de Boli Mintale din Sibiu*".

Autorii arată că între anii 1930—1937, au fost trataţi în spital 839 bolnavi cu diferite substanţe piretogene (malarie, dephagine, sulf, pjrefer, levură), obţinând la diferite maladii vindecări în 84 cazuri şi ameliorări în 338 cazuri.

5. Dr. L. Ionaşiu şi C. Lungu: „*Caracterele psihologice ale delirului cronic*".

Capacitatea de funaţie este indicată la disimulanţi şi scăzută la nedisimulanţi. Metoda timpului de asociaţie după Jung este un mijloc important de investigaţie, putându-se evidenţia ideile predominante ale delirului prin creşterea remarcabilă a timpului de asociaţie la cuvintele în legătură cu aceste complexe ideo-afective.

6. Dr. Ionaşiu, Lungu şi Zenck: „*Şocul cardiazolic în tratamentul Schizofreniei*".

Aplicând acest tratament la 7 bolnavi autorii au obţinut 4 remisiuni şi 3 neschimbaţi.

7. Dr. Ionaşiu, Lungu şi Zenck: „*Şocul insulinic în Schizofrenie*".

Rezultatele la care au ajuns pe 26 cazuri, au fost 80% şi ameliorări la cazurile acute şi numai 30% la cei cronici.

8. Dr. C. Lungu: „*Raportul dintre inteligenţă şi starea de nutriţie*".

Autorul a examinat 200 copii în vârstă de 11—12 ani, din punct de vedere intelectual cu testele neverbale de grup (Forma B) ale Institutului de Psihologie experimentală din Cluj, iar starea de nutriţie după metoda elaborată de P. Râmneaţu din Cluj. A ajuns la concluzia că din punctul de vedere al igienei şi profilaxiei mintale, starea de nutriţie, nu se pune prin influenţa pe care ar avea-o asupra inteligenţei individului, ci prin influenţa pe care o are asupra vieţii emotiv-active. Starea de subnutriţie micşorează capacitatea de rezistenţă la oboseală şi produce un desechilibru emotiv.

9. Dr. Th. Stoenescu şi S. Cupcea:

„*Aplicaţiunile clinice ale psihoterapiei în spitalul de boale mintale Sibiu, de sub conducerea dlui Dr. Preda*".

In vederea individualizării terapiei psihice, autorii expun fişa de examen şi rezultatele obţinute, cu ajutorul psihologiei experimentale, colaborată cu observaţia clinică pentru studiul personalităţii bolnavului.

10. Dr. Popescu-Sibiu:

„*Obligativitatea cursurilor de psihoterapie în Universitate*".

Pentru a se evita compromiterea metodelor psihoterapeutice, a practicei acestei metode şi mai ales a sănătăţii celor supuşi tratamentului, se impune predarea cursurilor de psihoterapie teoretică şi practică, necesară fiind nu numai cunoaşterea tehnicei ci şi o cultură deosebită.

Dr. Schwarck.

Note de terapeutică.

Despre tratamentul hipertiroidiilor cu vitamină A. de **R. Tislowitz** (dela Institutul de patologie generală şi experimentală al Universităţii I. Pilsudski din Varşovia. Diriginte: Dr. F. Venulet.) Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1937, Nr. 31, S. 717.

După cercetările experimentale au arătat antagonismul dintre vitamina A şi acţiunea tiroidinei, s'au făcut mai multe comunicări în ultimii ani despre acţiunea favorabilă a vitaminei A în tratamentul maladiei lui Basedow (Abelin, v. Euler şi Klussman, Stepp, Wendt şi alţii). Cantităţile de vitamină A ce trebuesc administrate în această terapie sunt de cele mai multe ori considerabile. In general este avantajos să se înceapă cu doze mari, cam 150.000 u. i. pe zi. Pare că există şi cazuri în care să se poată obţine succese şi cu doze ceva mai mici după cum a observat autorul într'un caz descris mai de aproape. Administrând Dogan 5 picături pe zi, corespund la 24,000 u. i. (la o pacientă în greutate de 38 kg.) s'a obţinut în decurs de 4 săptămâni o ameliorare surprinzătoare.

Prevenirea mastitei puerperale prin tratament uscat de **Dr. Hans v. Brücke** (dela Clinica ginecologică universitară Graz. Director: Prof. H. Zacherl.) Wiener Klinische Wochenschrift 1937, Nr. 33, S. 1203.

Pentru tratarea unui mamelon rănit şi pentru prevenirea temutei mastite puerperale s'a recomandat un procedeu care constă în menţinerea uscată a mamelonului în timpul pauzelor alăptatului şi în pudrarea acestuia cu Tanoform Merck. După alăptat pieptul va fi eventual bine golit cu ajutorul unei pompe, mamelonul va fi bine curăţat cu o compresă umedă, uscat şi cu ajutorul unui tampon de vată pudrat foarte subţire cu Tanoform. Prin acţiunea astringentă şi indurativă a Tanoformului se opune o rezistenţă activă a pătrunderii microbului în adâncime şi întrunind în acelaş timp vindecarea celor câteva ragade existente sub crusta uscată. Intrebuinţarea compreselor umede sau a unei pomezi pentru tratamentul crăpăturilor se va evita din cauza înmuerii şi mercerării epiteliului consecutive. Din 1200 cazuri cu Tanoform au survenit o singură mastită şi anume la o pacientă cu furunculoză generalizată.

Referat asupra lucrării Sigel: **„Prontosil solubile în afecţiuni chirurgicale".** („Fortschritte der Therapie" 1936, Nr. 4).

In serviciul chirurgical din Marienhospital Stutigart s'a experimentat Prontosil în diferite boli chirurgicale.

Sigel împarte bolile la cari s'a experimentat preparatul în următoarele grupuri:

1. Abcese, Furunculi, Flegmoane.
2. Răni (Plăgi murdare).
3. Septisemii.
4. Erysipel.
5. Arsuri.
6. Alte boli infecţioase.

ad 1. Din acest grup s'au tratat cu Prontosil peste 30 de bolnavi constatându-se deseori că plăgile arătau o tendinţă de vindecare mai accentuată în comparaţie cu plăgile de aceiaşi natură însă netratate cu acest preparat.

4 furunculi ai feţei abcedară repede fără intervenţie chirurgicală şi se vindecară apoi după scurt timp. De multe ori după o injecţiune cu Prontosil temperatura scădea bruse, ca să urce iarăşi cât timp nu se administra preparatul.

După ce se făcea o nouă injecţie temperatura scădea la normal după 3—4 zile.

ad II. Dacă se poate judeca după rezultatele până acum, plăgile infectate promit să devină un câmp propice pentru întrebuinţarea „Prontosilului solubile" în chirurgie, şi mai ales dacă preparatul se întrebuinţează ca prophylactic şi nu după ce s'a desvoltat infecţiunea. Sigel a dat Prontosil în *plăgi foarte infectate* chiar dela început, obţinând vindecare per

primam în câteva cazuri la cari nu s'ar mai fi aşteptat.

ad III. Sigel dispune numai de 2 cazuri de septicemie, în cari s'a administrat Prontosil şi unde se recunoaşte influenţa favorabilă a preparatului.

ad IV. La toate cazurile de erysipel între cari şi unul foarte grav ajuns la Gangrenă tratate cu Prontosyl s'a putut constata succese indiscutabile şi Sigel crede ca pentru erysipel mijloc care trebue ales pentru combatere ar fi Prontosilul.

ad V. Intrucât şi la arsuri gradul al II. şi al III-lea Sigel a avut impresia că medicamentul influenţează favorabil procesul de vindecare, propune să fie examinat şi această direcţie mai departe.

ad VI. La alte boli (Peritonita, Empyem, Gangrenă pulmunară s. nu s'au putut constata succese siguri, numai la un caz de atrită blenoragică cu septicemie a avut o impresie favorabilă. In ceeace priveşte dozajul, în general Sigel administrează la grupurile I, II, V şi VI, zilnic o fiolă intramuscular, eventual combinat cu pastile 3×1 până la 3×2 pe zi. După dispariţia fenomenelor acute urmează tratamentul numai cu pastile 4—5 zile şi în cantitate de 3×1—3×2 pe zi.

La grupurile III şi IV, deocamdată să administrează medicamentul numai parenteral şi anume cel puţin 2 fiole zilnic. Afară de asta se dă şi 3×2 pastile pe zi. La câteva cazuri s'a injectat şi 3—4 fiole pe zi fără să se producă fenomene neplăcute.

M. Rodecurt, Hannover: **Despre sterilitate simulată prin avort prematur**. Dtsch med. Wschr. 1935, No. 46. Pag. 1880.

Preparatele de corp galben (Lutren) s'au dovedit a fi utile în avortul habitual; în ultima vreme se recomandă şi vitamina-C (Cantan). Rodecurt a întrebuinţat aceste preparate şi la câteva femei cu sterilitate primară, tratată până acum fără succes, obţinând rezultate excelente. Una din aceste femei recunoscută de toţi medicii curanţi ca suferind de infertibilitate (imposibilitate de a da naştere la copii viabili) simula o sterilitate primară (imposibilitatea de concepţiune).

1. Femeie sterilă, măritată de 14 ani, sănătoasă din punct de vedere general şi genital. După indicaţiile ei „nu a avortat". Perioada menstruală, după indicaţie, regulată, la fiecare 4 săptămâni timp de 2 zile (oligomenoree relativă). La facerea însemnărilor rezultă o oarecare iregularitate, unele menoragii venind mai târziu ca până la 21 zile. O sângerare de 2 zile 10 săptămâni după ultima menstruaţie (după indicaţie nu era vorba de un avort) a determinat pe Rodecurt să se gândească, că nu ar fi vorba de un avort, deşi îi lipseau elemente de sprijin mai apropiate, administrând, după câteva luni, când perioada se instală câteva zile mai târziu hormonul corpului galben cu rezultatul că femeia a menţinut sarcina până la termin.

2. De două ori măritată, sterilă (în total 12 ani). Perioada menstruală 4—5 săptămâni, 4 zile. La o nouă lipsă a menstruaţiei (de data aceasta 10 zile după termenul calculat) Rodecurt presupunând graviditate, administrează preparat de corp galben şi tablete Cantan. Reacţiunea Aschheim Zondek făcută după câteva zile dă un rezultat pozitiv. Prin continuarea medicaţiunii până în luna a 5-a sarcina s'a terminat în mod normal.

3. Femeie măritată de 7 ani, sterilă, sănătoasă din punct de vedere ginital. In diferite rânduri perioadă menstruală, care dealtfel se instală la 30 zile (4 zile) fără turburări remarcabile, întârzia până la 14 zile, revenind apoi dela sine cu aceiaşi intensitate. Orice tratament al sterilităţii a rămas fără rezultat. Când perioada menstruală era iar întârziată cu 14 zile, s'a trimis urina pentru reacţia Aschheim Zondek şi fără a aştepta rezultatul s'au administrat pe săptămână de 2 ori Lutren şi 1 Cantan forte în injecţiuni. Era vorba de o graviditate care se păstra prin continuarea tratamentului timp de o lună şi prin acţiunea prelungită a medicamentului.

H. Hake, Clinica chir. Freiburg i. Br: **Raporturile vitaminei C şi a tiroidei în regenerarea osoasă.** (Klin Wschr. 1936, Nr. 32. Pag. 1121.

Dacă vitamina C lipseşte din alimentaţie, regenerarea osoasă după aplicarea unei breşe operative în osul antebraţului la un cobai, nu se mai produce. Numai în caz de administrare de vitamină-C urma regenerarea osoasă. Doze de vitamină C suplimentare în alimentaţia normală, favorizau de cele mai multe ori mersul regenerării. După extirparea totală a tiroidei regenerarea osoasă decurgea aproape în mod normal; nici la oameni cu lipsă de tiroidă nu se poate constata o întârziere în vindecarea unei fracturi osoase. Cu toate acestea Elityran poate, în majoritatea cazurilor, să accelereze în mod evident regenerarea osoasă. Cercetările pledează în favoarea vitaminei C, ca factor indispensabil pentru regenerarea osoasă, în schimb tiroida nu este indispensabilă. Aceasta însă, în doze suplimentare, poate deasemenea exercita o excitaţiune asupra celului, provocând o formaţiune mai intensă a calusului. Pe măsura în care putem referi experimentul la întrebuinţarea practică, în consolidări retardate ale fracturilor (cu toată repoziţia bună a fragmentelor) şi în lipsă de vitamină C, se cere o terapie cu vitamină C. Chiar când lipsa tiroidei nu determină o regenerare osoasă deficitară, se va încerca totuşi Elityranul, mai ales când metabolismul general e scăzut şi în consolidări retardate. In anumite împrejurări poate fi foarte utilă şi combinaţiunea vitamin-C-tiroidă.

König Leipzig (M. m. W. 1936, Nr. 32, pag. 1332) găsi deseori în fracturi osoase greu vindecabile, un metabolism bazal scăzut. Unii bolnavi fac chiar la inspecţie o impresie de hipertiroidieni, pe când la vindecare normală există de cele mai multeori un metabolism bazal normal sau puţin crescut. In fracturile greu vindecabile, cu metabolismul bazal scăzut, s'a administrat din această cauză Elityran (2—3 ori 2 tablete până la o mărire remarcabilă a M. B.) K. a putut să vindece rapid 25 fracturi osoase, care înainte au fost tratate fără rezultat timp de 4—15 luni, întrebuinţând Elityran. In tratamentul cu Elityran e important de a se controla M. B. în mod curent.

Referat din „Deutsche Medizinische Wochenschrift" Nr. 45/1935, **„Despre tratamentul cu Omnadin"** de *Prof. Görges*, Berlin.

Görges susţine cu toată tăria întrebuinţarea Omnadinei în toate bolile infecţioase şi combate aversiunile şi prejudecăţile ivite. Bolnavul pretinde un ajutor efectiv cât mai grabnic, şi medicul îşi pierde timpul preţios, dacă aşteaptă până ce se va stabili definitiv diagnoza. Medicul practic trebue să se gândească în cazurile de infecţiuni de etiologie neclară imediat la modul cum ar putea să obţină o influenţă decisivă, mobilizând şi augmentând repede şi energie toate forţele naturale de auto-apărare. Pe baza experienţelor sale îndelungate Görges recomandă pentru aceasta în mod special Omnadin. Acest preparat are o eficacitate considerabilă nu numai în gripă şi amigdalită, ci în boli infecţioase de orice natură.

Mai jos expune câteva exemple, prin care demonstrează valoarea terapeutică a Omnadinei.

Görges fusese chemat la o bolnavă de 77 ani suferind de arterioscleroză gravă: în cei 10 ani din urmă mai suferise de 3 ori de pneumonie. Temperatura 38,8°, ceva tuse uşoară. In partea dreaptă pe lobul pulmunar mijlociu uşor ton înăbuşit lângă scapula, respiraţie slăbită, raluri uşoare. Diagnoza: pneumonie incipientă. La ora 6 seara prima injecţiune cu 2 cc. Omnadin. Dimineaţa următoare ameliorare remarcabilă, la plămâni nu se mai aude nimic. A doua injecţiune cu 2 cc. Omnadin. In ziua a 3-a bolnava s'a simţit complet sănătoasă şi a rămas sănătoasă.

Chiar pe el însuşi a făcut Görges experienţa următoare: Cu 6 ani înainte în Sicilia, se îmbolnăvise de un catar intestinal infecţios cu diaree repetate şi stare ge-

nerală foarte rea. Temperatura 38,8°. El consultă pe un medic localnic, care îi prescrie o medicaţie, odihnă absolută în pat, dietă severă, etc. Fără ştirea colegului său autorul îşi făcea pe deasupra o injecţiune cu Omnadin. 2 ore mai târziu febra cedase complet. Ziua a doua îşi făcea a 2-a injecţiune cu Omnadin, iar seara plecă în voiaj, cu toate că medicul îi interzise cu desăvârşire voiajul proiectat. Autorul îşi putea continua nesupărat voiajul şi se simţea pe deplin restabilit.

Bărbat robust, de 30 ani, se simţea foarte rău, prezentând cefalalgii persistente, slăbiciune şi dureri în toate membrele. Ziua următoare la ora 9 dimineaţa temperatura 41°, roşeaţă intensivă în gât, indispoziţie generală, cefalalgii puternice. Prima injecţiune cu Omnadin. După 2 ore temperatura 37,6°. Ameliorare. Ziua următoare la 9 dimineaţa temp. 37,6°, a 2-a injecţiune cu Omnadin. După 3 ore temp. 36,6°, ameliorare considerabilă, roşeaţa din gât a dispărut. Scăpat de durerile de cap şi ale membrelor bolnavul se simte foarte bine. Ziua următoare temperatura s'a menţinut în permanenţă sub 37°, bolnavul se simte perfect sănătos şi se scoală din pat.

Foarte des a putut observa Görges cazuri similare şi a obţinut mereu cu Omnadin o schimbare radicală şi remarcabilă în starea bolnavilor, fiind deseori chiar frapantă prin scăderea tipică şi rapidă a temperaturii.

In legătură cu aceasta Görges recomandă din nou foarte călduros, de a se întrebuinţa cât mai de timpuriu Omnadin în toate cazurile de infecţiuni-neclare. Mersul maladiei se scurtează considerabli prin Omnadin. Complicaţiuni nu se ivesc de loc. Chiar la bolnavi cu etate înaintată, nici în boli de cord nu a constatat niciodată complicaţiuni desagreabile.

Omnadin în afecţiuni chirurgicale **Guszich & Zoltan**, (Fortschritte der Therapie 1935, T. 8).

Guszich şi Zoltan, (Budapest) au cercetat valoarea terapeutică a Omnadinei în bolile chirurgicale. Mărirea puterei de apărare a organismului contra unei infecţiuni se poate face:

1. Prin stimulare electivă a funcţiunei anumitor sisteme de organe;

2. Prin schimbarea funcţiunei celulelor, administrând parenteral albumină şi corpi graşi. Autorii au încercat Omnadina lui Much, care conţine corpi graşi, în boli chirurgicale şi anume:

I. In infecţiuni deja existente şi

II. In profilaxie, făcând deosebire între boli incipiente, complet evoluate şi generalizate. In majoritatea cazurilor au avut rezultate satisfăcătoare.

In complicaţiile pulmonare post-operatorii, autorii au administrat imediat la începutul boalei afară de camforă şi chinină 8—10 cc. Omnadin şi în 72 cazuri de bronchită n'au observat niciodată o agravare în pneumonie. Deasemenea au observat 26 de broncho-pneumonie cari au fost vindecate. Profilactic autorii au administrat Omnadin în cazurile de gripă, cari sau ivit în mod epidemic în secţia chirurgicală; afară de aceasta în influenţă şi amigdalită. Autorii consideră Omnadin ca un medicament desăvârşit în combaterea bolilor infecţioase.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu.

In executarea noului program de activitate, filiala noastră a început o serie întreagă de anchete Medico-şcolare pentru examinarea prin medici specialişti a elevilor şcolari şi o serie de anchete generale pentru depistarea tuberculozei în mediul rural.

Echipa de medici compusă din d-nii: Dr. I. Stochiţia, inspector general sanitar, Dr. I. Cosma, medic primar judeţean, Dr. L. Ionaşiu, medic primar, director de spital, Dr. Gh. Păcurariu, medic primar de spital, Dr. I. Gheorghiu, medic maior, specialist în otorinolaringologie, Dr. Dim. Roşca, medic primar, Dr. Popescu Ştefan, medic radiolog, Dr. C. Banu, medic oftalmolog, Dr. I. Matinca, medic chirurg şi d-şoara M. Manta, revizoara surorilor de ocrotire a executat până în prezent următoarele anchete medico-şcolare.

In 3 Nov. 1937, în comuna Orlat s'au examinat 64 elevi
„ 16 „ „ „ „ „ „ „ 80 „
„ 18 „ „ „ „ „ „ „ 106 „
„ 23 „ „ „ „ „ „ „ 108 „
„ 25 „ „ „ „ „ „ „ 118 „
„ 2 Dec. „ „ „ „ „ „ 55 premilitari

In total în cele 16 zile de anchetă sanitară s'au examinat 531 elevi şcolari şi premilitari din toate punctele de vedere, completându-se pentru fiecare câte o fişă sanitară individuală. La toţi elevii şi premilitarii li s'au făcut şi reacţia Pirquet cu tuberculină precum şi examenul radioscopic al toracelui cu aparatul portativ pus la dispoziţie de către Liga Naţională în contra tuberculozei.

Paralel cu această acţiune o echipă compusă din domnii:

Dr. I. Stochiţia, Dr. Popescu Ştefan şi Dr. M. Lupaş a făcut examenul radioscopic al populaţiei din comuna Sălişte pentru depistarea tuturor cazurilor de tuberculoză pulmonară.

In 24 Noemvrie 1937 s'au făcut 118 radioscopii
„ 26 „ „ „ „ 131 „
„ 1 Decemvrie „ „ „ 99 „
„ 3 „ „ „ „ 96 „
„ 7 „ „ „ „ 127 „
„ 9 „ „ „ „ 73 „
„ 16 „ „ „ „ 141 „
„ 17 „ „ „ „ 110 „
„ 18 „ „ „ „ 50 „

In total s'au executat deci în cadrele acestei anchete generale în 9 zile un număr de 945 de examene radioscopice. Examinările radiologice s'au făcut cu aparatul casei de ocrotire „Regele Carol al II-lea" din Sălişte. Examină-

rile din 1—18 Decemvrie 1937 au fost executate de către dl Dr. Popescu G. Ştefan ajutat de dl Dr. Mih. Lupaş, medicul Casei de ocrotire.

* * *

In cadrele Centrului de iniţiere al „Străjei Ţării" *din Sfântul Gheorghe, judeţul Treiscaune, o echipă de medici compusă din d-nii: Dr. I. Stoichiţia, inspector general sanitar, Dr. Ulpiu Ştefan, medic şef al Municip. Braşov, Dr. Colbazi Emil, medic primar de spital, Dr. Gh. Cornea, medic primar de spital, Dr. Suciu Sibianu, medic primar de ambulator policlinic, Dr. Miron Creţu, medic primar judeţean, Dr. Benke Ioan, medic de circumscripţie, Dr. Soiu Ioan, medic de circumscripţie, Dr. Stoica Vasile, medic de circumscripţie şi d-şoara M. Manta, revizoara surorilor de ocrotire, a executat o serie de anchete medico-şcolare în şcolile primare din comunele de demonstraţie, aparţinătoare centrului de iniţiere din Sfântul Gheorghe.*

In	*8 Dec. 1937*	*în comuna*	*Micfalău*	*s'au examinat*	*270*	*elevi*	
„	*9 Dec. 1937*	„	*Sft. Gheorghe*	„	*236*	*elevi-străj., personal*	
„	*10* „	„	*Araci*	„	*180*	*elevi şi locuitori*	
„	*11* „	„	*Lunca Câlnicului*	„	*132*	*elevi şi pers.*	
„	*12* „	„	*Araci*	„	*60*	*elevi*	

In total s'au examinat în cadrele Strajei Ţării, centrul de iniţiere Sfântul Gheorghe, în 5 zile de lucru 878 de elevi-şcolari, elevi-străjeri dela centrul de iniţiere, personal didactic şi diferiţi locuitori din comunele rurale. Fiecare fişă sanitară individuală a fost completată cu rezultatul examinărilor medicilor specialişti precum şi cu rezultatul examenelor radioscopice. S'au făcut 642 de reacţii Pirquet cu tuberculină în zilele de 7 Decemvrie 1937, 8 Decemvrie şi 9 Dec. 1937 şi s'au executat în total 878 de radioscopii cu aparatul portativ al Ligii Naţionale în contra tuberculozei. is.

Note și informațiuni.

„Sibiul Medical" dorește colaboratorilor și cetitorilor săi, Anul nou fericit.

Marele consiliu al Asociației Generale a Medicilor. *In zilele de 27 și 28 Noemvrie s'a întrunit marele consiliu al Asociației Generale, compus din: foștii președinți ai Asociației, medicii parlamentari, membrii comitetului central, președinții celor 71 filiale ale Asociației și câte un delegat din fiecare județ.*

La ședința de deschidere au fost prezenți d-nii Dr. I. Costinescu, *ministrul sănătății,* Dr. P. Topa, *subsecretarul de stat la Ministerul Muncii,* Prof. Dr. Titu Gane, *secretar general al Ministerului Sănătății.*

Desbaterile au fost deschise de dl Prof. Dr. Tomescu, *care într'o frumoasă cuvântare a accentuat revendicările de ordin profesional ale medicilor, relevând importanța problemelor ce se vor desbate în acest consiliu.*

Dl Prof. Dr. Iacobovici, *în cuvântarea sa a vorbit despre considerațiuni asupra medicinei curative și organizarea tehnică a serviciilor de specialitate.*

Dl Dr. M. Botez, *a susținut raportul despre organizarea spitalelor.*

După discuția acestor rapoarte dl președinte închizând desbaterile, aduce călduroase mulțumiri raportorilor și tuturor delegaților, propunând ca problema medicinei curative să fie trimisă tuturor filialelor pentru a-și fixa opiniile.

Comitetul central va coordona răspunsurile și va fixa atitudinea Asociației. Celelalte chestiuni discutate, ajungând la concluziuni unitare, s'au sintetizat în următoarele moțiuni adoptate de congres:

Moțiunea asupra gradațiilor medicilor.

Marele consiliu al Asociației, roagă stăruitor pe dl ministru al sănătății publice să binevoiască a acorda tuturor medicilor gradațiile legale de 25% în locul procentului nedrept de 12%, cum se achită în prezent.

Moțiunea asupra organizării spitalelor.

Asociația generală a medicilor discutând în consiliul format din reprezentanții tuturor județelor, chestiunea organizării spitalelor, a decis următoarele:

1. Deoarece în organizarea și dotarea spitalelor s'au făcut progrese importante, în ultimii ani, Asociația aduce omagiile sale, Ministerului sănătății publice.

Cum însă spitalele au încă lipsuri importante, rugăm autoritățile să ia măsurile necesare pentru complectarea și desăvârșirea operei începute.

2. Pentru a asigura o mai bună desvoltare instituţiilor de asistenţă medicală, marele consiliu roagă ministerul să acorde tuturor spitalelor mari, autonomia bugetară complectă.

Pentru a stimula iniţiativele şi energiile locale, cerem ca veniturile realizate de spitale să servească la ameliorarea lor, cheltuelile făcându-se cu toate formele legale şi sub cel mai riguros control din partea autorităţilor superioare.

3, Faţă de dispoziţiunile recente cari obligă personalul medical şi auxiliar, care locueşte în spital, să plătească din modestul lor salariu, chirie. Asociaţia cere să se acorde absolută gratuitate pentru locuinţa funcţionarilor sanitari din spitale.

Moţiune cu privire la echivalarea diplomelor.

Asociaţia generală a medicilor constatând că în ultimii ani au fost admişi în profesiunea medicală, un mare număr de străini, cu diplome străine, cere stăruitor tuturor autorităţilor competente să supună echivalarea diplomelor la toate rigorile legilor.

Dacă legile existente sunt insuficiente pentru a opri invaziunea periculoasă a străinilor în medicina românească, Asociaţia generală a medicilor cere modificarea legilor, mergându-se până la suprimarea echivalărilor.

Deoarece mare parte din medicii străini cari au obţinut dreptul de liberă practică după războiu, pun în pericol sănătatea publică prin nepregătirea lor şi compromit profesiunea medicală prin comportarea lor, Asociaţia generală a medicilor cere să se procedeze, cât mai grabnic, la o revizuire generală a tuturor diplomelor echivalate dela 1920 până în prezent.

Moţiunea celui de al XVIII-lea congres al Societăţii Române de Neurologie, Psihiatrie, Endocrinologie şi Medicină legală.

Congresul de neurologie, psihiatrie endocrinologie şi medicină legală, ţinut la Iaşi în zilele de 24, 25 şi 26 Octomvrie, a votat următoarea moţiune, pe care dl Prof. Dr. Ballif, *Preşedintele congresului a prezentat-o Ministerului Sănătăţii:*

I. Spitalele de boli mintale şi nervoase din România, în genere şi îndeosebi acele din centrele universitare, fiind blocate printr'un mare număr de bolnavi cronici — peste 60 % — se impune deblocarea lor prin creiarea de colonii agricole şi spitale pentru bolnavii cronici incurabili.

II. Progresele terapeutice actuale dând posibilitatea ca să se vindece sau să se amelioreze şi să fie redaţi societăţii pacienţii incipienţi suferind de paralizie generală precum şi acei bolnavi de schizofrenie, cari altădată erau consideraţi ca incurabili, e necesar ca în toate spitalele de boli mintale din ţară să se facă terapeutica prin malario-terapie şi prin şoc insulinic tuturor bolnavilor cu P. G. P. sau schizofrenie.

Actualul personal medical şi actuala înzestrare a spitalelor cu aparatura de laborator şi cu medicamentele necesare (îndeosebi insulina) fiind insuficiente pentru buna aplicare a noilor metode de tratament, e necesar ca Ministerul să sporească personalul şi să aprovizioneze spitalele cu medicamentele strict necesare.

a) *Serviciile de boli mintale cu mai puţin de 200 paturi bugetare, trebue să aibă cel puţin: un medic primar, un medic secundar şi doi interni (medici auxiliari).*

b) *Serviciile ce au peste 200 paturi bugetare: un medic primar, un medic asistent (în sensul legei din 1930), un medic secundar şi doi interni (medici auxiliari).*

Farmaciile acestor spitale trebue să aibă o cantitate mare de insulină şi de glucoză. Tratamentul unui bolnav cu schizofrenie necesită în medie 10.000 unităţi insulină şi 10--20 kgr. glucoză.

III. Pentru a se putea asigura posibilitatea unei bune alegeri în posturile de medic primar şi dintre medicii asistenţi, cari timp de mai mulţi ani au desfăşurat o deosebită activitate în specialitate, e bine ca medicii asistenţi să fie echivalaţi cu asistenţii universitari în ceeace priveşte faptul de a candida la posturile de medic primar în specialitatea bolilor mintale.

IV. Conducerea unui serviciu de boli mintale necesitând cunoştinţe de specialitate referitoare, atât la primirea bolnavilor, cât şi la raporturile cu autorităţile, cu familiile bolnavilor şi cu societatea în genere, e necesar ca şi actualele secţiuni de psihiatrie (Lugoj şi Diciosânmărtin), să fie considerate ca spitale de boli mintale independente din punct de vedere tehnic şi administrativ.

Congresul general al Asociaţiei internilor şi foştilor interni de spitale. *Asociaţia internilor şi foştilor interni de spitale a ţinut, primul său congres, în zilele de 24, 25 şi 26 Noemvrie în amfiteatrul spitalului Colţea.*

Şedinţele au fost prezidate cele trei zile consecutive de d-nii profesori: N. Lupu, T. Tomescu şi Danielopolu.

Intr'o atmosferă de strânsă colaborare între medicii tineri şi cei din generaţiile anterioare, s'au discutat problemele actuale ale sănătăţii publice.

1. Specializarea medicală.

Raportori: Conf. Dr. Haralamb Angelescu, Conf. Dr. Ion Claudian şi Intern Dr. Ovidiu Carangiu.

2. Asistenţa Universitară şi Medic-secundariatul ca şcoală a specializării.

Raportori: Asist. universitar Dr. Ion Claudian şi Intern Dr. Grigore Davidescu.

3. Unificarea internatului, instituţiilor şi fondurilor spitaliceşti.

Raportori: Medic primar Dr. Mircea Popovici Lupa, Intern Dr. Dan Crivăț și Intern Darius Dobrovicescu.

4. Apărarea titlului de Intern și medic de spital.

Raportori: Medic primar Dr. Seimeanu și Intern Gheorghe Lupașcu.

5. Salarizarea Internilor și în general al muncii medicale.

Raportori: Medic primar Dr. Grigore Lăzărescu și Intern Dr. Paul Craja.

6. Cumulul și șomajul în profesiunea medicală.

Raportori: Asistent univ. Dr. Const. Trockmaer și Intern Mihai Ionescu.

7. Selecționarea, concursul și controlul concursului în profesiunea medicală.

Raportori: Medic secundar Dr. Gh. Dumitrescu și Intern Dr. Ioan Georgescu.

8. Internii de spital și legea recrutării.

Raportori: Medic secund. Dr. Alex. Popovici și Intern Dr. Emil Athanasiu-Vergu.

9. Internii de spital și legea sanitară.

Raportori: Medic secund. Dr. Alex. Popovici și Intern Dr. Petre Constantinescu.

10. Internii de spital și medicul rural.

Raportori: Medic primar Dr. Ion Bazgan și Intern Tiberiu Ghițescu,

11. Crearea corpului tehnic medical și organizarea ordinului medicilor.

Raportori: Dr. Sergiu Stoicescu, Dr. Dan Chiriceanu și Intern Șerban Papadopol.

12. Echivalarea diplomelor străine.

Raportori: Dr. Tacke Tanașoca și Intern Aurel Conu.

13. Românizarea profesiunii medicale și a spitalelor creștine.

Raportor: Intern Dr. Șerban Milcoveanu.

Al XI-lea congres al Societății internaționale de chirurgie

Societatea internațională de chirurgie va ține viitorul său congres la Viena, dela 19 la 22 Septemvrie 1938, sub președenția Profesorului R. Matas *din New-Orleans.*

Congresele societății sunt rezervate exclusiv membrilor societății. Pentru a face parte, doritorii se vor adresa pentru fiecare țară, delegatului societății.

Ședințele științifice vor fi ocupate de următoarele chestiuni:

Tratamentul chirurgical al hipertensiunei.

a) *Introducerea de Prof. Pende (Roma);*

b) *Problema fiziologică din punct de vedere chirurgical:* Dr. Wertheimer *(Lyon);*

c) *Indicațiuni ale tratamentului chirurgical și rezultatele clinice:* Prof. Alecsandri *și* Dr. Valdoni *(Roma);*

d) *Tehnici și rezultate:* Dr. Mandl *(Viena) și* Dr. Peet *(Ann-Arbor).*

Grefele osoase.

a) *Introducere de* Prof. Cunero *(Paris);*

b) *Studii biologice:* Prof. Albert *(Liége);*

c) *G. O. în tuberculoza osoasă şi articulară:* Dr. Svante Oreli *(Stockholm);*

d) *G. O. în traumatismele recente şi pseudartroze:* Dr. Platt *(Manchester) şi* Prof. Demel *(Viena);*

e) *G. O. în distrofiile osoase şi în tumori;* Dr. Phemister *(Chicago);*

f) *G. O. în artritele cronice:* Prof. Kappis *(Wurzburg).*

Tratamentul chirurgical al chistelor şi tumorilor plămânului.

a) *Introducere:* Prof. Sauerbruch *(Berlin);*

b) *Condiţiuni fiziologice ale chirurgiei pulmonare:* Prof. Constantini *(Alger);*

c) *Tehnici generale:* Prof. José Arce *(Buenos-Aires);*

d) *Metode şi rezultate de operaţiuni pentru tumori:* Prof. Forni *(Veneţia);*

e) *Metode şi operaţiuni pentru chiste:* Prof. Baggio *(Pisa).*

Pentru orice informaţiuni doritorii se vor adresa Secretariatului General: Dr. L. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

Noul comitet al medicilor români din Paris. *Noul comitet al filialei Asociaţiei generale a medicilor din România cu sediul la Paris, s'a constituit în modul următor:*

Preşedinte: Dr. C. I. Tănăsescu (reales).

Vice-preşedinte: Dr. Ion Mesrobeanu.

Secretar general: Dr. Virgil Băleanu.

Casier: Dr. Gh. Constantinescu.

Bibliotecar: Dr. Gh. Polatos.

Membrii cu atribuţii speciale: D-şoara Dr. Popa Renée şi Dr. St. Balmez.

Premiul Profesor Dr. Nanu-Muscel. *Incepând dela data de 15 Octomvrie 1937 şi până la 1 Iulie 1939, Academia de Medicină deschide concursul pentru acordarea premiului „Pofesor Nanu-Muscel" celei mai bune lucrări şi metode terapeutice, care va aduce un real şi incontestabil folos în tratamentul Schizofreniei (demenţa precoce).*

Premiul în sumă de 72.000, este indivizibil şi va fi decernat lucrării premiate la sfârşitul anului 1939.

Lucrările vor trebui depuse la Secretariatul General al Academiei de medicină (Spitalul Filantropia, Bulev. Col. Ghica 5) până cel mai târziu la 1 Iulie 1939.

Noul comitet al Societăţii de oto-rino-laringologie. *Al XV-lea congres român de oto-rino-laringologie a ales pe anul 1937—1938, următorul comitet:*

Președinte: Dr. Brătescu Virgil.
Vice-Președinte: Dr. Costiniu Al.
Secretar general: Dr. Racoveanu Virgil.
Casier: Dr. Moga N.
Secretari de ședință: Dr. Popescu Gabriel și Dr. Nicolau.

Proclamarea d-lui Prof. Dr. C. Daniel, doctor honoris causa al Universității din Toulouse. *In ziua de 4 Noemvrie, în sala de festivități a Universității din Toulouse — cu ocazia solemnității deschiderei cursurilor — sub președenția d-lui Rector Delheim, în prezența decanilor tuturor Facultăților, a corpului profesoral și a notabilităților orașului, a avut loc recepțiunea ca doctor honoris causa al Universității din Toulouse a d-lui Prof. Dr. C. Daniel, membru al Academiilor de medicină din Paris și Roma.*

După discursul d-lui rector și a d-lui decan P. Gorse dela Facultatea de medicină și farmacie din Toulouse, dl prof. E. Mériel, dela Academia de medicină din Paris, a prezentat un amplu raport asupra titlurilor și lucrărilor savantului profesor și ilustrului chirurg român.

Cu acest prilej, dl prof. C. Daniel a ținut un remarcabil discurs, scoțând în relief cooperația științifică franco-română și fraternitatea celor două universități toulousiană și română.

Seara s'a oferit un banchet, urmat de o strălucită recepție în cinstea compatriotului nostru, la care au luat parte pe lângă corpul profesoral, autoritățile în frunte cu prefectul și primarul orașului Toulouse.

Concursuri pentru ocuparea posturilor de medici la CFR. *In lunile Ianuarie și Februarie 1938, vor începe la București, Calea Griviței Nr. 64, concursurile pentru ocuparea posturilor de medici, vacante la spitalele și ambulatoriile pendinte de direcțiunea generală pentru ocrotirea personalului c. f. r. și anume:*

Luni, 10 Ianuarie 1938, ora 9.

Specialitatea chirurgie generală:

1 post de medic de spital, specialitatea consultațiuni chirurgicale la spitalul C. F. R. Nr. 1 București.

1 post specialitatea chirurgie la ambulatorul C. F. R. T.-Severin.

Vineri, 14 Ianuarie 1938, ora 9.

Specialitatea chirurgie osoasă.

1 post de medic de spital, specialitatea chirurgie osoasă al dispensarului T. B. C. Cuza-Vodă, Ruginoasa.

Luni, 17 Ianuarie 1938, ora 9.

Specialitatea tuberculoză.

1 post de medic şef de sanatoriu T. B. C., la dispensarul T. B. C Cuza-Vodă, Ruginoasa.

2 posturi de medic de spital, specialitalea tuberculoză, la dispensarul T. B. C. Cuza-Vodă, Ruginoasa.

Joi, 20 Ianuarie 1938, ora 9.

Specialitatea puericultură.

1 post de medic de spital, specialitatea puericultură, la institutul de maternitate „Regina Elisabeta".

Sâmbătă, 22 Ianuarie 1938, ora 9.

Specialitatea oftamologie.

1 post de medic, specialitatea oculistică, la ambulatorul C. F. R. Turnu Severin.

1 post de medic, specialitatea oculistică la ambulatorul C.F.R. Chişinău.

1 post de medic, specialitatea oculistică, policlinica C. F. R., Galaţi.

Marţi, 25 Ianuarie 1938, ora 9.

Specialitatea radiologie.

1 post de medic, specialitatea radiologie, ambulant, C. F. R., T. Severin.

1 post de medic, specialitatea radiologie, Policlinica C. F. R., Cluj.

1 post de medic, specialitatea radiologie, la spitalul C. F. R., Simeria.

Joi, 27 Ianuarie 1938, ora 9.

Specialitatea otorinolaringologie.

1 post de medic de specialitatea: nas, gât şi urechi, la ambulatorul C. F. R., Chişinău.

1 post de medic de specialitatea: idem, la Policlinica C. F. R., Galaţi.

Luni, 31 Ianuarie 1938, ora 9.

Specialitatea stomatologie.

1 post de medic, specialitatea stomatologie, la ambulatorul C. F. R., Chişinău.

1 post de medic, specialitatea stomatologie, la spitalul C. F. R., Simeria.

Joi, 3 Februarie 1938, ora 9.

Specialitatea obstetrică.

1 post de medic, specialitatea obstetrică, la ambulatorul C. F. R., Chişinău.

Luni 7, Februarie 1938, ora 9.

Specialitatea genito-urinare.

1 post de medic, specialitatea boli genito-urinare, la Policlinica C. F. R. Galaţi.

Mercuri, 9 Februarie 1938, ora 9.

Specialitatea dermato-venerice.

1 post de medic, specialitatea boli de piele şi sifilis, la Policlinica C. F. R., Iaşi.

Sâmbătă, 12 Februarie 1938, ora 9.

1 post de medic de specialitatea boli nervoase, la Policlinica C. F.R., Iaşi.

Condiţiile de prezentare se găsesc în „Monitorul Oficial", din 1 Nov.

Posturi de medici vacante. *In conformitate cu art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire, se aduce la cunoştinţa generală că sunt vacante următoarele posturi:*

Medic primar al secţiei dermato-venerice dela Spitalul central din Chişinău.

Medic la Ambulatorul venerian Buftea, jud. Ilfov.

Medic şef puericultor la Institutul de igienă şi sănătate publică din Iaşi.

Medic neuro-psihatru la Ambulatorul din Sibiu.

Medic primar al Maternităţii din Chişinău.

Medic al Spitalului mixt „I. G. Duca" din Măicăneşti, jud. R.-Sărat.

Medic al oraşului Corabia.

Medic la penitenciarul Aiud

Medic al circ. Hagieşti-Măriuţa (Ilfov).

Medic al circ. Dumitreşti (Olt).

Medic al circ. Ţifeşti (Putna).

Medic al circ. Şoimari (Prahova).

Medic al circ. Rus (Someş).

Medic al circ. Drochia-gară jud. Soroca (fosta circ. Vişoca).

Medic al circ. Bragadiru (Teleorman).

Medic al circ. Şuleta (Tutova).

Medic primar al secţiei de ochi dela spitalul „Regele Carol", II. Cernăuţi.

Medic primar al secţiei de ochi dela spitalul Filantropia din Craiova.

Medic primar al secţiei de chirurgie dela Spitalul din Aiud.

Medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul din Turnu-Măgurele.

Medic al oraşului Sulina.

Medic primar puericultor la spitalul Zalău.

Medic primar al jud. Cetatea-Albă.

Medic de circ. urbană Cluj.

Medic la peniteciarul sanatoriu T. B. C. Tg. Ocna, în specialitatea tuberculoză (plătit cu 3250 Lei brutto lunar).

Medic al spitalului şi circ. Babadag, jud. Tulcea.

Medic al spitalului şi circ. Zvorişte, jud. Dorohoiu.

Medic al spitalului şi circ. Slivileşti, jud. Mehedinţi.

Medic al spitalului şi circ. Taraclia, jud. Tighina.

Medic al circ. Bâscov, jud. Argeş.
Medic al circ. Tărian, jud. Bihor.
Medic al circ. Secueni, jud. Bacău.
Medic al circ. Voloca, jud. Cernăuţi.
Medic al circ. Brădiceni, jud. Gorj.
Medic al circ. Bobeşti jud. Ilfov.
Medic al circ. Cişmele jud. Ismail.
Medic al circ. Ceamaşir, jud. Ismail.
Medic al circ. Vârciorova, jud. Mehedinţi.
Medic al circ. Priboeni, jud. Muscel.
Medic al circ. Dăbuleni, jud. Romanaţi.
Medic al circ. Dobrun, jud. Romanaţi.
Medic al circ. Brastavăţ, jud. Romanaţi.

Domnii medici cari doresc a ocupa aceste locuri şi îndeplinesc condiţiile legale, vor face cereri acestui minister în termen de 30 zile dela data inserării prezentei publicaţii în „Monitorul Oficial".

† Dr. Victor Carol Irk

In dimineaţa zilei de 17 Noemvrie 1937, a decedat la Aiud doctorul Victor Carol Irk, fostul medic primar chirurg al spitalului de stat din Aiud şi una din personalităţile marcante ale corpului medical din această localitate.

Doctorul Irk a fost născut în oraşul Linz în Austria, în anul 1887; el şi-a făcut studiile universitare la Viena şi tot aici s'a specializat în chirurgie, funcţionând timp îndelungat ca medic secundar şi ca asistent pe lângă spitalele mari şi clinicile facultăţii de medicină din Viena.

In 1920, după studii strălucite şi după o temeinică pregătire în specialitatea sa a venit în România, unde a fost numit în postul de medic primar chirurg la spitalul de stat din Abrud, iar de aici în Ianuarie 1923, a fost transferat definitiv în aceeaşi calitate la spitalul de stat din Aiud, jud. Alba.

Doctorul Victor Carol Irk, deşi de origine străină, în cei 17 ani de activitate în România, s'a identificat integral cu interesele şi aspiraţiile poporului românesc, pe care l-a iubit şi la servit credincios până în clipa morţii sale. Numele lui era bine cunoscut în toată regiunea Munţilor Apuseni şi miile de bolnavi pe care i-a tratat cu devotament şi multă iubire, îi rostesc numele cu stimă şi dragoste nefăţărită, iar colegii lui, români şi minoritari deopotrivă, deplâng pierderea unui iscusit chirurg şi a unui coleg desăvârşit.

Moartea neaşteptată a Doctorului Irk, produce regrete unanime în regiunea Aiudului, unde lasă un gol bine simţit şi o familie îndoliată.

Fie-i memoria binecuvântată!

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Tabla de materii pe anul 1937.

Articole ştiinţifice:

Dr. M. Alexandrow şi Dr. C. Crişan: Despre frenicectomia şi valoarea ei în terapeutica ftiziologică — — — — — — — — — Nr. 3—4 Pag. 101
Baca Emil: Perforaţiile bazale în apendicitele acute — — — — — „ 1—2 „ 34
Dr. Mareş Cahane: Câteva date asupra malarioterapiei în paralizia generală şi în unele boli mintale — — — — — — — — — — — „ 5-6-7 „ 179
Docent Dr. Liviu Câmpeanu şi Dr. Martin Papp: Consideraţiuni asupra importanţei toraco-plastiei — — — — — — — — — — — — „ 1—2 „ 13
Dr. Marius Dăncilă: Câteva noţiuni generale asupra tratamentului cu hermoni în turburările funcţionale ale sistemului genital al femeii „ 8—10 „ 262
Decent Dr. Oct. Filipescu: Tehnica noastră în rezecţiile ulcerelor piloro-duodenale nerezecabile — — — — — — — — — — — — „ 3—4 „ 97
Docent Dr. Oct. Filipescu: şi Emil Baca: Consideraţiuni asupra unui caz operat de guşe retrosternală — — — — — — — — — — „ 5-6-7 „ 167
Dr. Iosif Ghizdavu: Diabetul insipid şi teoria hipofizară — — — — „ 5-6-7 „ 183
Prof. Dr. S Graçosky: Infecţiunile căilor urinare la copii şi mai ales în prima copilărie (0—2 ani) — — — — — — — — — — — „ 1—2 „ 3
Tiberiu Iacob: Sialolitiaza în legătură cu un caz — — — — — — — „ 11—12 „ 360
Dr. I. Matinca şi Dr. S. Iosif: Mijloace de combatere în ileusul funcţional „ 1—2 „ 18
Dr. I. Matinca: Asupra unui caz de perforaţie intestinală tifică — „ 5-6-7 „ 176
Dr. I. Matinca: Roborose în terapeutica chirurgicală — — — — — — „ 8—10 „ 250
Dr Mavru A. şi Dr. Popescu Ştefan: Consideraţiuni asupra diagnosticului chimic şi radiologic al osteosarcomului cu un caz clinic „ 11—12 „ 349
Dr. Morariu E.: Modificările vitezei de sedimentare a hematiilor în reumatismele cronice sub acţiunea balneo-terapiei — — — — „ 11—12 „ 354
Dr. Pompiliu Nistor: Raport despre vaccinările şi rezultatele epidemiologice după vaccinările cu anatoxină difterică-scarlatinoasă în comunele rurale ale judeţului Braşov, în anii 1935 VII—1936 VI „ 8—10 „ 252
Dr. N. Onaca: Pseudomixomul apendicular — — — — — — — — „ 3 4 „ 113
Dr. G. Preda: Curiozităţi din viaţa unor animale ce pot interesa ştiinţa medicală — — — — — — — — — — — — — — — — „ 5-6-7 „ 161
Dr. G. Preda: Câteva consideraţiuni asupra raportului dinre Simpatologie, Endocrinologie şi Neuro-Psihiatrie — — — — — — — — „ 11—12 „ 331
Dr. Ştefan Popescu şi Dr. M. Teleman: Examen radiologic, chimic şi de laborator în depistarea colectivă a tuberculozei pulmonare în armată — „ 5-6-7 „ 170
Dr. Liviu Radu. Un caz de hernie ombilicală embrionară vindecat spontan „ 3—4 „ 117
Dr. Liviu Radu: Consideraţiuni asupra diagnosticului sarc nei extrauterine prin examen biohormonal — — — — — — — — — — „ 3—4 „ 125
Medic Locot. Dr. Roşca Dumitru: Două cazuri de diabet insipid — Nr. 3—4 Pag. 120
Dr. S. Săroiu: Vaccinările antituberculoase pe o perioadă de 6 ani în oraşul Diciosânmărtin — — — — — — — — — — — — — „ 8—10 „ 257
Dr. I. Stoichiţia şi Dr. C. Lungu: Guşa endemică şi inteligenţa — „ 8—10 „ 239
Dr. T. Schultz: Consideraţiuni asupra tratamentului antisifilitic — — „ 1—2 „ 24
Dr. Mircea Suciu-Sibianu: Metoda Röder şi operaţiunile pe amigdale „ 1—2 „ 37
Dr. Ursu L.: Tratamentul Erisipelului prin compuşi Azoici Rhubiazol şi Prontosil — — — — — — — — — — — — — — — — „ 11—12 „ 345

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. Virgil Baican: Organizaţiunea sanitară a şcoalelor din Blaj — Nr. 8—10 Pag. 285
Dr. I. Cosma: Infirmeria provizorie — — — — — — — — — — — „ 1—2 „ 50
Dr. I. Cosma: Dispensarul comunal — — — — — — — — — — — „ 11 12 „ 366
Dr. E. Dorca: Un an de activitate la secţia de pediatrie şi puericultură a Ambulatorului Policlinic Braşov — — — — — — — — „ 5-6-7 „ 194
Dr. Fleischer: Rezultatele detailate a anchetei medico-sociale din comuna Ighiel — — — — — — — — — — — — — — — — „ 5-6-7 „ 204
Dr. P. Nicolescu şi Dr. C. Strat: Lupta biruitoare a medicilor români contra bolilor contagioase în timpul războiului de întregire a neamului — — — — — — — — — — — — — — — — — — „ 8—10 „ 281
Dr. G. Preda şi Dr. C. Lungu: Câteva consideraţiuni asupra funcţionării dispensarului neuro-psihiatric din Sibiu — — — — — „ 8—10 „ 274
Dr. I. Săroiu: Reorganizarea cancelariei medicului sanitar — — — „ 3—4 „ 130
Dr. I. Stoichiţia: Problema specializării medicilor — — — — — — „ 1—2 „ 42
Dr. I. Stoichiţia şi Dr I. Cosma: Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu — — — — — — — — — — „ 3—4 „ 126
Dr. I. Stoichiţia, Dr. C. Angelescu şi Dr. I. Cosma: O nouă formă de organizare sanitară rurală: Cooperativa sanitară — — — „ 5-6-7 „ 186
Dr. I. Stoichiţia: Problema moaşelor comunale — — — — — — — „ 8—10 „ 266
Dr. I. Stoichiţia: Maternităţi rurale — — — — — — — — — — „ 11—12 „ 363
Expunerea d-lui *Prof. Minovici* la şedinţa comună a Comitetului Asociaţiei cu Consiliul Colegiului Ilfov, privitor la deontologia medicală — — — — — — — — — — — — — — — — — „ 5-6-7 „ 206

Probleme de ocrotire.

D-şoara Silvia Mihălţean: Nursingul în combaterea bolilor infecţioase Nr. 1—2 Pag. 61
Z. Costreş: Impresii dela Congresul internaţional al surorilor din Londra „ 8—10 „ 292

Revista cărţilor:

Jubileul de 50 ani al uzinelor *„Knoll".*
Dr. A. Retezeanu şi Dr. Gh. Retezeanu: Cooterapie.
Dr. G. Retezeanu: Psihoterapia-Bihanaliza.
Dr. Nicolae Blatt: Cercetări şi studii în oftalmologie — — — — — Nr. 1—2 Pag 64
Prof. Dr. Al. Slătineanu, Prof. Dr. I. Bălteanu, Conf. Dr. I. Alexa: Plasa Sanitară Rurală de demonstraţie Tomeşti, 5 ani de activitate
Agregat Dr. M. Zolog şi Dr. I. Prodan: Plasa Sanitară Model Gilău. Raport de activit te pe anii 1931—1936 — — — — — — — — „ 5-6-7 „ 212
Dr. Petre Vlad: medic şef al Municipiului Cluj: Raport de activitate pe anul 1936 — — — — — — — — — — — — — — — — —
Dr. Nicolescu şi Dr. C. Strat: Anatomia, Fiziologia şi Igiena omului, pentru clasa IV secundară — — — — — — — — — — — — Nr. 8-10 Pag. 295

Revista revistelor şi referate.

Note de terapeutică.

† Dr. Alexandru Măcelariu.
† Dr. Aurel Ijac — — — — — — — — — — — — — — — — — — Nr. 1-2 Pag. 71-72
† Dr. Mircea Albini — — — — — — — — — — — — — — — — — „ 8-10 „ 308
† Dr. Emanuel Ilcuşiu — — — — — — — — — — — — — — — — „ 8-10 „ 309
† Dr. Ilie Iancu — — — — — — — — — — — — — — — — — — „ 8-10 „ 310
† Dr. Victor Carol Irk — — — — — — — — — — — — — — — — „ 11-12 „ 387

Note şi informaţiuni.

Total Pag. 388

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

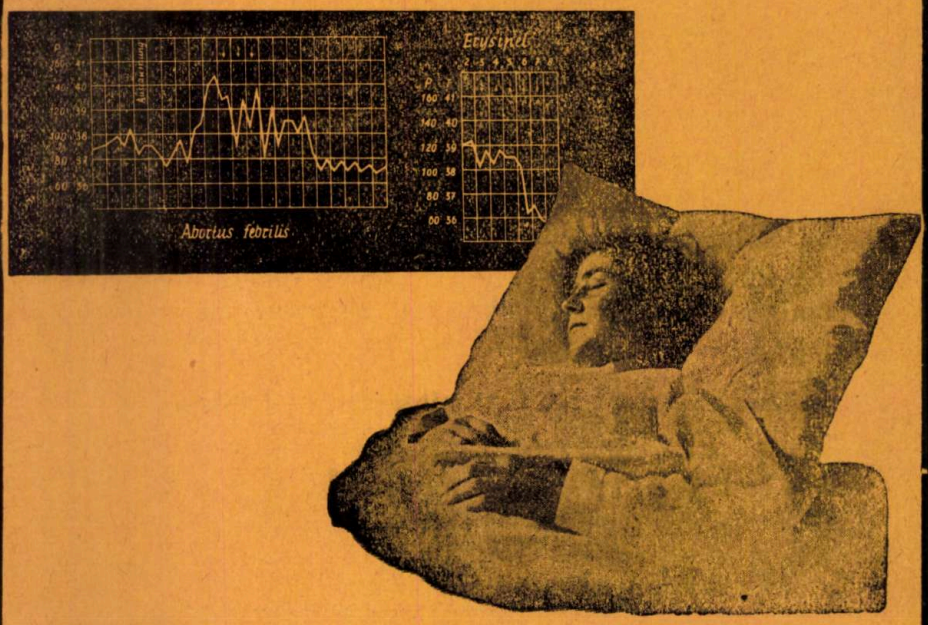
1	pagină	odată	Lei	1000·—	3 ori	Lei	2600·—	6 ori Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3 „	„	1500·—	6 „ „ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3 „	„	1000·—	6 „ „ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1937.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.



Literatura medicală ne relatează mereu despre acţiunea excelentă a noului chimioterapeutic

Prontosil

în toate infecţiunile strepto- şi stafilococice

Erisipel, anginâ, septicemie post partum, avort septic, artrite, cistite, pielite, precum şi în infecţiuni colibacilare.

Efect neîntrecut şi la administrare per os. Bine tolerat atât per os, cât şi intramuscular.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

AMBALAJE ORIGINALE:
Tub cu 20 tablete de 0,3 g.
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9285—3-9286.